

# INTERVENÇÃO BREVE NO TABAGISMO: ABORDAGEM CLÍNICA DOS MÉDICOS PORTUGUESES



Susana Cristina Serra Amorim



# INTERVENÇÃO BREVE NO TABAGISMO: ABORDAGEM CLÍNICA DOS MÉDICOS PORTUGUESES

SUSANA CRISTINA SERRA AMORIM

Dissertação submetida para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública,

Ramo Promoção da Saúde

Orientador: Prof. Doutor Pedro Aguiar

Co-orientadora: Mestre Sofia Belo Ravara

Lisboa, Junho de 2014

Dissertação elaborada para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, ao abrigo dos artigos 11º e 16º do Decreto-Lei n.º 216/92, de 13 de Outubro.

*Aos meus pais, por tudo!*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao terminar esta dissertação gostaria de manifestar o meu sincero agradecimento a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a sua concretização:

- À Mestre Sofia Ravara o meu sentido agradecimento por me acolher neste projeto e me orientar ao longo deste longo ano. Não só aceitou orientar-me neste trabalho, como tornou esta aventura possível, através do seu apoio, tempo, inspiração e de partilha do seu trabalho científico;
- Ao Professor Doutor Pedro Aguiar pela ajuda preciosa no tratamento estatístico dos dados, pelo constante incentivo ao longo do percurso e sua total disponibilidade;
- Agradeço à Direção da Escola Nacional de Saúde Pública e ao Professor Doutor Paulo Sousa pelo interesse, apoio e colaboração concedidos, bem como a toda a equipa envolvida;
- Aos meus colegas de turma a quem agradeço por estarem ao meu lado e partilharem comigo as suas angústias e os seus sucessos. Destaco de uma forma especial a Margarida Siopa, Teresa Bon de Sousa, Filipa Bombert e Marta Mourão pelo tempo de trabalho conjunto e total disponibilidade;
- À minha chefe Enf. Fernanda Dantas e aos meus colegas de trabalho pela sua compreensão e disponibilidade durante este projeto;
- À equipa do Centro de Documentação do Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, em especial à Dra. Arminda Sustelo e à Ana Amorim pela sua gentileza em ajudar na parte de formatação;
- E de uma forma muito especial, a todos os meus amigos que me permitiram manter a lucidez e a tranquilidade, com toda a amizade e

confiança que depositaram em mim, por terem sido relegados em prol da tese e mesmo assim se manterem do meu lado;

- Por fim, o maior agradecimento aos meus pais, por me apoiarem em todos os meus projetos e objetivos, por nunca duvidarem, pelas horas de revisão de trabalho e por todo o amor que me dão.

A todos o meu mais sincero obrigado!

Susana Amorim

Julho de 2014

## RESUMO

O tabagismo é o principal factor de risco evitável em saúde nos países europeus, contribuindo para o aumento da mortalidade prematura, estando associado a inúmeras doenças. A epidemia tabágica é uma preocupação em Saúde Pública, sendo essencial o investimento na sua prevenção e controlo. A cessação tabágica é uma das estratégias para o controlo desta epidemia, surgindo a intervenção breve como uma comprovada medida custo-efetiva. Contudo, e apesar das *guidelines*, a intervenção breve não está amplamente disseminada na prática clínica dos profissionais de saúde.

Neste sentido, este estudo teve como objetivo avaliar as práticas clínicas auto-reportadas dos médicos portugueses na intervenção breve em tabagismo.

É um estudo observacional descritivo transversal e exploratório. A amostra é constituída por médicos que participaram em duas conferências médicas distintas e que aceitaram responder a um questionário (n=549). O tratamento estatístico foi efetuado recorrendo ao Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21. Foram efetuadas uma análise descritiva e inferencial, assim como uma regressão logística.

Analizando os dados, os resultados apontam para a formação pós-graduada e a prática de cessação tabágica como dois fatores que influenciam positivamente a atuação dos médicos na intervenção breve.

A intervenção breve é fundamental para aumentar as taxas de cessação tabágica. Para que a implementação seja eficaz é necessário apostar na formação pré e pós-graduada dos médicos e outros profissionais de saúde, associando essa formação ao treino prático que possibilite o desenvolvimento de competências específicas.

Palavras-chave: Intervenção breve, cessação tabágica, médicos, tabaco, Portugal.

## Abstract

Smoking is the leading preventable risk factor for health in European countries, contributing to increase premature mortality and its numerous associated diseases. The tobacco epidemic is a public health concern and it is essential to invest in the prevention and control. Smoking cessation is one of the strategies to control this epidemic concern and brief intervention a proven cost-effective measure. However, despite the guidelines, brief intervention is not applied in clinical practice by health professionals.

Thus, this study aimed to evaluate the self-reported clinical practices of Portuguese physicians on smoking cessation brief intervention.

It is a cross-sectional exploratory descriptive observational study. The sample consists of physicians who participated in two medical conferences and who accepted to answer a questionnaire (n = 549). The statistical analysis was performed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 21.

Descriptive, inferential analysis and logistic regression were performed.

Analyzing the data, two factors that positively influence the performance of physicians on brief intervention were smoking cessation graduate training and participation in cessation clinical programs.

Brief intervention is critical to increase smoking cessation rates. For its effective implementation it required to focus on under and graduate training of doctors and other health professionals. Additionally, linking this to practical training to develop cessation skills.

**Keywords:** brief intervention, smoking cessation, physicians, tobacco, Portugal.



---

---

## ÍNDICE

---

---

<b>Agradecimentos .....</b>	<b>IV</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>VI</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>VII</b>
<b>Índice de Figuras .....</b>	<b>XI</b>
<b>Índice de Tabelas.....</b>	<b>XII</b>
<b>Lista de acrónimos.....</b>	<b>XIV</b>
<b>0. Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>1. Enquadramento teórico .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1. Epidemiologia.....</b>	<b>3</b>
1.1.1. Situação Global .....	4
1.1.2. Situação na Europa.....	5
1.1.3. Situação em Portugal .....	6
<b>1.2. Consumo de tabaco e efeitos na saúde .....</b>	<b>8</b>
<b>1.3. Benefícios da cessação tabágica .....</b>	<b>12</b>
<b>1.4. Cessação tabágica.....</b>	<b>13</b>
<b>1.5. Intervenção breve .....</b>	<b>15</b>
<b>1.6. Papel dos profissionais de saúde .....</b>	<b>20</b>
<b>1.7. Formação.....</b>	<b>23</b>
<b>1.8. Objetivos .....</b>	<b>25</b>
1.8.1. Objetivo geral.....	25
1.8.2. Objetivos específicos .....	25
<b>2. Material e Métodos .....</b>	<b>26</b>
<b>2.1. Âmbito do estudo.....</b>	<b>26</b>
<b>2.2. Delineamento do estudo .....</b>	<b>27</b>
2.2.1. População de estudo .....	27

2.2.2.	Técnicas e abordagens de investigação.....	28
2.2.3.	Instrumento de recolha de informação.....	29
2.2.4.	Amostra.....	30
<b>2.3.</b>	<b>Definição e operacionalização das variáveis .....</b>	<b>30</b>
<b>2.4.</b>	<b>Classificações, critérios e escalas de medida .....</b>	<b>31</b>
2.4.1.	Grupo etário .....	31
2.4.2.	Tipo de especialidade.....	31
2.4.3.	Consumo de tabaco.....	32
2.4.4.	Formação.....	32
2.4.5.	Participação em cessação tabágica .....	33
2.4.6.	Passos da intervenção breve .....	33
2.4.7.	Barreiras à abordagem sistemática do tabagismo .....	34
<b>2.5.</b>	<b>Pré-teste e validação do instrumento de medida .....</b>	<b>34</b>
<b>2.6.</b>	<b>Análise estatística.....</b>	<b>34</b>
<b>3.</b>	<b>Resultados.....</b>	<b>36</b>
<b>3.1.</b>	<b>Caracterização da amostra.....</b>	<b>36</b>
3.1.1.	Distribuição da amostra por sexo e grupo etário.....	36
3.1.2.	Distribuição por sexo, grupo etário e tempo de experiência profissional de acordo com a especialidade .....	37
3.1.3.	Consumo de tabaco.....	39
3.1.4.	Distribuição por formação de acordo com a especialidade .....	44
<b>3.2.</b>	<b>Frequência dos passos da Intervenção breve .....</b>	<b>47</b>
<b>3.3.</b>	<b>Fatores que influenciam a atuação em intervenção breve .....</b>	<b>48</b>
3.3.1.	Regressão Logística Binária.....	54
<b>3.4.</b>	<b>Barreiras percebidas à intervenção breve .....</b>	<b>61</b>
<b>4.</b>	<b>Discussão .....</b>	<b>62</b>

<b>4.1. Discussão dos resultados .....</b>	<b>62</b>
4.1.1. Caracterização da amostra.....	62
4.1.2. Consumo de tabaco .....	62
4.1.3. Frequência dos passos da intervenção breve .....	63
4.1.4. Fatores associados à intervenção breve .....	65
4.1.5. Barreiras à intervenção breve .....	70
<b>4.2. Limitações do estudo .....</b>	<b>70</b>
<b>5. Conclusões.....</b>	<b>72</b>
<b>6. Bibliografia .....</b>	<b>74</b>
<b>7. ANEXOS .....</b>	<b>0</b>
Questionário do estudo.....	I
Operacionalização das variáveis .....	IX

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fases da epidemia tabágica .....	3
Figura 2 - Doenças relacionadas com o consumo de tabaco.....	11
Figura 3 - Doenças relacionadas com a exposição ao fumo ambiental do tabaco .....	12
Figura 4 - Fatores que influenciam o envolvimento dos médicos na cessação tabágica.....	19
Figura 5 - Distribuição da amostra por sexo.....	37
Figura 6 - Distribuição da amostra por idade.....	37
Figura 7 - Distribuição por sexo de acordo com a especialidade .....	37
Figura 8 - Distribuição por grupo etário de acordo com a especialidade (%)....	38
Figura 9 - Prevalência de consumo de tabaco por especialidade (%) .....	40
Figura 10 - Tentativas para deixar de fumar por especialidade (%).....	41
Figura 11 - Pretensão de mudança de comportamento tabágico por especialidade (%).....	41
Figura 12 - Necessidade de ajuda profissional para a cessação tabágica (%)..	42
Figura 13 - Existência de apoio profissional no local de trabalho por especialidade .....	43
Figura 14 - Formação pré-graduada por especialidade (%).....	44
Figura 15 - Formação pós-graduada por especialidade (%) .....	45
Figura 16 - Existência de um programa específico em tabagismo por especialidade (%).....	45
Figura 17 - Necessidade de formação específica por especialidade (%).....	46
Figura 18 - Frequência dos passos de intervenção breve (%).....	47

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Prevalência do tabagismo na população portuguesa ≥15 anos (%) ..	6
Tabela 2 - Prevalência do consumo de tabaco ao longo da vida, último ano e último mês (%).....	7
Tabela 3 - Caracterização da amostra em relação ao sexo e idade .....	36
Tabela 4 - Distribuição por sexo, grupo etário e tempo de experiência profissional de acordo com a especialidade .....	39
Tabela 5 - Consumo de tabaco e comportamentos tabágicos de acordo com a especialidade .....	43
Tabela 6 - Formação pré e pós graduada e necessidade de formação de acordo com a especialidade .....	46
Tabela 7 - Abordagem regular e sistemática dos hábitos tabágicos .....	49
Tabela 8 - Aconselhamento regular e sistemático sobre cessação tabágica ....	50
Tabela 9 - Motivação regular e sistemática para a cessação tabágica.....	51
Tabela 10 - Referenciação regular e sistemática para a cessação tabágica .....	52
Tabela 11 - Intervenção breve regular em cessação tabágica .....	53
Tabela 12 - Modelo inicial abordagem regular.....	54
Tabela 13 - Modelo final abordagem regular .....	54
Tabela 14 - Modelo inicial e final abordar sistematicamente .....	55
Tabela 15 - Modelo inicial aconselhar regularmente .....	55
Tabela 16 - Modelo final aconselhar regularmente .....	55
Tabela 17 - Modelo inicial aconselhar sistematicamente .....	56
Tabela 18 - Modelo final aconselhar sistematicamente.....	56
Tabela 19 - Modelo inicial motivar regularmente.....	56
Tabela 20 - Modelo final motivar regularmente .....	57
Tabela 21 - Modelo inicial motivar sistematicamente .....	57
Tabela 22 - Modelo final motivar sistematicamente .....	57

Tabela 23 - Modelo inicial referenciar regularmente .....	58
Tabela 24 - Modelo final referenciar regularmente .....	58
Tabela 25 - Modelo inicial referenciar sistematicamente .....	59
Tabela 26 - Modelo final referenciar sistematicamente .....	59
Tabela 27 - Modelo inicial intervenção breve regular .....	59
Tabela 28 - Modelo final intervenção breve regular .....	59
Tabela 27 - Barreiras à intervenção breve .....	61

## LISTA DE ACRÓNIMOS

aOR – Odds ratio ajustado

ARS – Administração Regional de Saúde

CT – Cessação Tabágica

DALY – *Disability adjusted life years* (Anos de vida ajustados por incapacidade)

DGS – Direcção-geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

IC – Intervalo de confiança

INS – Inquérito Nacional de Saúde

MGF – Medicina Geral e Familiar

NA – Não aplicável

OMS – Organização Mundial de Saúde

OR – Odds ratio

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

## 0. INTRODUÇÃO

O tabagismo é responsável por cerca de uma em cada dez mortes de adultos em todo o mundo, o que é equivalente a cerca de 5 milhões de mortes a cada ano (WHO, 2012 cit. por OCDE, 2012). É um factor de risco maior para duas das principais causas de morte prematura, sendo elas as doenças circulatórias e o cancro, aumentando o risco de enfarte agudo do miocárdio, cancro do pulmão, laringe, da cavidade oral e pâncreas. Continua a ser, atualmente, o principal risco evitável de saúde nos países europeus (OCDE, 2012). Em 1970, na Assembleia Mundial de Saúde, reconhecia-se que as medidas de prevenção do consumo de tabaco, pela sua influência na incapacidade laboral e na mortalidade prematura, seriam mais úteis do que qualquer outro programa de medicina preventiva (Melero, Flores e Anda, 1997 cit. por Macedo et al, 2004).

Em 1986, a Carta de Ottawa define 5 estratégias que deverão ser seguidas para que haja promoção da saúde: políticas públicas de saúde, ambientes sustentáveis, reorientação dos serviços de saúde, desenvolvimento de competências pessoais e sociais e participação comunitária (WHO, 1986). São estas as 5 estratégias com as quais 182 países concordaram. Contudo, este é um processo que apesar de conceptualmente bem aceite, encontra na prática alguns obstáculos, começando logo pela organização hierárquica e estanque das sociedades. A problemática do tabagismo tem tido uma evolução bastante interessante nas últimas décadas. O consumo de tabaco é de fato um problema de saúde, não só individual, mas de saúde pública. Os esforços para a sua prevenção e controle não se devem esgotar apenas na área da saúde, mas devem ser abrangentes e intersectoriais, segundo o princípio de “Saúde em todas as políticas”. Recentemente, no Programa Nacional para a Prevenção e Controle do Tabagismo 2012-2016 é afirmada a vontade de seguir os “princípios e eixos para a promoção da saúde expressos na Carta de Ottawa: definição de políticas públicas que favoreçam a prevenção e o controle do tabagismo; diminuição da aceitação social do consumo do tabaco; o reforço da ação comunitária em favor de ambientes sem fumo; promoção da literacia e do empoderamento, individual e coletivo, relativamente à prevenção e cessação do consumo de tabaco, e reorientação dos serviços de saúde para



uma resposta mais efetiva às necessidades das pessoas fumadoras, incluindo o apoio na cessação e motivação para a mudança, em todos os níveis de contato com a população” (MS.DGS<sub>1</sub>, 2013). Para que isto se concretize é necessário agir de uma forma cooperativa, intersectorial, coordenada, envolvendo diversos sectores como o da saúde, educação, desporto e juventude, economia e finanças, sociedades científicas e as próprias organizações da sociedade civil.

O apoio à cessação tabágica surge assim como uma das áreas de investimento definidas no Programa Nacional de Prevenção e Controle do Tabagismo (MS.DGS<sub>1</sub>, 2013), e também na Convenção Quadro para Controlo do Tabaco (WHO, 2003) sendo necessário o envolvimento dos diversos profissionais de saúde, nomeadamente médicos tanto de MGF como de especialidades hospitalares.

Assim, este estudo torna-se pertinente pois pretende contribuir para o conhecimento da prática clínica dos médicos no que diz respeito à implementação da intervenção breve em cessação tabágica e das variáveis que influenciam esse comportamento, dando mais um contributo no sentido de controlar a epidemia tabágica.

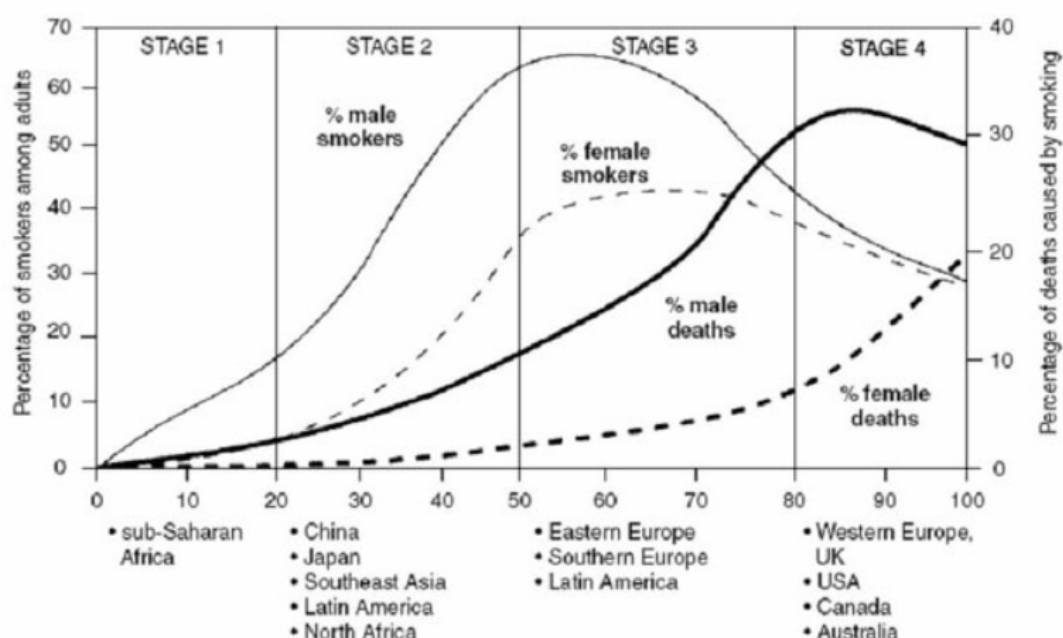
Este trabalho encontra-se sistematizado em 5 capítulos principais. O primeiro capítulo destina-se a apresentar uma revisão teórica da temática, consistindo numa súmula dos conhecimentos mais relevantes para a compreensão da mesma. A partir desta revisão, será então formulada a questão de investigação e serão definidos os objetivos deste trabalho. No capítulo seguinte, são descritos os métodos utilizados em cada passo da investigação, como o tipo de estudo, a seleção da amostra e o tratamento estatístico. Posteriormente, será dedicado um capítulo para a apresentação dos principais resultados encontrados, que serão depois aprofundados no capítulo de discussão, procurando responder aos objetivos propostos inicialmente. Por fim, conclui-se esta dissertação destacando as principais conclusões e procurando contribuir com sugestões para estudos futuros, que permitam continuar a investigação sobre o tema.

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1. EPIDEMIOLOGIA

É fundamental que se conheçam os dados da epidemia tabágica, para que em termos de intervenção em Saúde Pública, se faça uma previsão da sua evolução e que se tracem programas de intervenção consistentes e integrados.

Em 1994, Lopez e seus colaboradores, caracterizaram as fases da epidemia tabágica, podendo ser diferenciadas em 4 fases, como se pode verificar na figura 1 (Lopez et al, 1994).



Fonte: Lopez et al, 1994

Figura 1 - Fases da epidemia tabágica

Na primeira fase a prevalência de consumo de tabaco é baixa e essencialmente o consumo é feito pelo sexo masculino, estando relacionado com as classes sociais mais favorecidas. Numa segunda fase, o consumo de

tabaco é massificado, passando a ser consumido por ambos os sexos, abrangendo todas as classes sociais. Existe também um aumento exponencial do consumo pelo sexo masculino. Na fase 3, começamos a assistir a um decréscimo do consumo pelo sexo masculino que se contrapõe ao sexo feminino, que atinge o auge do seu consumo. Por último, na fase 4, observa-se o decréscimo do consumo em ambos os sexos e em todas as classes, especialmente nas mais desfavorecidas. Nesta fase, encontram-se alguns países da Europa (Reino Unido e norte da Europa), os Estados Unidos da América e a Austrália. Porém, Portugal assim como outros países do sul da Europa, ainda se encontram nas fases 2 e 3. Isso revela a necessidade de programas mais eficazes de prevenção e controlo do tabagismo e faz com que nos próximos anos se espere ainda um aumento do impacto do consumo do tabaco (a nível de mortalidade e de morbilidade).

---

#### 1.1.1. SITUAÇÃO GLOBAL

Desde 1964, morreram mais de 20 milhões de pessoas prematuramente devido ao tabagismo. O risco relativo de morrer por consumo de tabaco tem vindo a aumentar nas últimas décadas (US Department of Health and Human Services, 2014).

Globalmente, estima-se que com uma média de 50% dos rapazes e 10% das raparigas a tornarem-se fumadores e desses, poucos a deixar de fumar, as mortes anuais atribuídas ao tabaco aumentem de 5 milhões em 2010 para mais de 10 milhões daqui a poucas décadas, quando estes jovens atingirem a meia idade ou a terceira idade (Jha et al, 2014). Este aumento deve-se ao aumento da população total mas também devido ao fato de existirem grandes grupos populacionais em que está a aumentar a prevalência do tabagismo. No século 20, morreram cerca de 100 milhões de pessoas devido ao consumo de tabaco e, se não se fizerem mudanças, neste século irão morrer 1 bilião de pessoas, muitas delas prematuramente (Jha et al, 2014).

Segundo a OMS, e de acordo com dados de 2004, o tabaco foi responsável por (WHO, 2012):

- 12% do total de mortes acima dos 30 anos (o que é equivalente a 1 morte a cada 6 segundos);
- 22% das mortes por todos os tipos de cancro (71% das mortes por cancro da traqueia, brônquios e pulmão);
- 36% das mortes por doenças respiratórias (42% das mortes por DPOC);
- 10% das mortes por doenças cardiovasculares (12% das mortes por doenças isquémicas do coração);
- 5% das mortes por doenças transmissíveis e 14% por doenças não transmissíveis.

---

#### 1.1.2.SITUAÇÃO NA EUROPA

Anualmente, o tabaco mata cerca de 700 mil pessoas na Europa (MS.DGS<sub>2</sub>, 2013). É uma das regiões do mundo que apresenta maior percentagem de mortes nos homens devido ao tabaco (25%) e a maior proporção de mortes atribuíveis ao tabaco (WHO, 2012). Cerca de 16% das mortes em adultos com mais de 30 anos na região europeia são devido ao tabaco, contrastando com a média global de 12% (WHO, 2012). Em 2004, 1 em cada 5 pessoas falecidas dos 30 aos 44 anos e 1 em cada 3 pessoas dos 45 aos 59 anos morreram devido ao consumo de tabaco, na Europa (WHO, 2012). A prevalência de tabagismo na grande maioria dos países europeus é superior a 25% (Precioso et al, 2009).O tabaco é responsável por cerca de 1/3 das mortes por cancro, 85% das mortes por cancro do pulmão, traqueia e brônquios, 70% das mortes por DPOC, 16% das mortes por doenças isquémica cardíaca, 26% das mortes por tuberculose e 24% das mortes por infecções do trato respiratório inferior (WHO, 2012).

### 1.1.3.SITUAÇÃO EM PORTUGAL

No ano de 2000, um estudo conduzido por Peto et al (2006) estimou em 8100, o número de mortes ocorridas devido ao consumo de tabaco em Portugal. Em 2012, estima-se que tenham morrido 10600 pessoas devido ao tabagismo (MS.DGS<sub>2</sub>, 2013), o que representam um aumento em relação aos dados de 2000 (Peto et al, 2006).

Apesar dos dados não serem consistentes com outras fontes, dados dos inquéritos nacionais de saúde (INS) apontam para uma diminuição do consumo de tabaco no sexo masculino (Carreira et al, 2012). No entanto, a prevalência está a aumentar significativamente no sexo feminino e nos jovens (Balsa et al, 2012; Carreira et al, 2012; Rebelo, 2004; Ravara et al, 2013), como se pode verificar na tabela 1, que compara a evolução das prevalências do INS 1998 com as do INS 2005 (Borges et al, 2009).

Tabela 1 - Prevalência do tabagismo na população portuguesa ≥15 anos (%)

	Nunca fumadores		Ex-fumadores		Fumadores	
	INS'98	INS'05	INS'98	INS'05	INS'98	INS'05
<b>Homens</b>	43,7	42,5	23,5	26,5	32,8	31
<b>Mulheres</b>	86,1	83,9	4,4	5,8	9,5	10,3
<b>Total</b>	66,1	64,1	13,4	15,7	20,5	20,2

Fonte: Borges et al, 2009

A diferença da prevalência entre os géneros poderá ser explicada através da análise do modelo da epidemia tabágica. Esta diferença terá de ser tida em conta no planeamento de medidas de prevenção e controlo do tabagismo para conseguir reduzir o impacto a longo prazo (Carreira et al, 2012)..

A prevalência do tabaco é significativamente superior quando comparada com outras substâncias psicoativas, sendo apenas ultrapassada pelo consumo de

álcool. A sua prevalência ao longo da vida ronda os 44%. Mas, se considerarmos a prevalência dos consumos declarados no último ano, as percentagens diminuem para 25,9% e considerando a do último mês obtemos percentagens de 24,2% (tabela 2). Apesar da redução, a prevalência continua a ser maior nos homens (Balsa et al, 2013).

Tabela 2 - Prevalência do consumo de tabaco ao longo da vida, último ano e último mês (%)

		<b>Ao longo da vida</b>	<b>Último ano</b>	<b>Último mês</b>
<b>Consumo de Tabaco</b>	2001	40,2	28,8	28,6
	2007	48,9	30,9	29,4
	2012	47	28,9	26,9

Fonte: Adaptado de Balsa et al, 2013

Estima-se que 11,7% do total de mortes se possam atribuir ao consumo de tabaco. Se utilizarmos os anos de vida ajustados por incapacidade (DALY) gerados pela mortalidade, a proporção da carga de doença atribuível ao tabaco é de 11,2%, considerando os dados do INS de 2005. Se todos os fumadores deixassem de fumar, mesmo tendo um risco de saúde superior aos nunca fumadores, a carga de doença seria reduzida em 5,8%, sendo a carga redutível anual de cerca de 52 mil anos de vida ajustados pela incapacidade (Borges et al, 2009).

Os estudos revelam que a prevalência de tabagismo é mais elevada entre os desempregados ou pessoas com maiores dificuldades económicas, o que realça a relação do consumo de tabagismo com a iniquidade social (MS.DGS2, 2013). O consumo de tabaco está intimamente ligado com a iniquidade em relação a etnias, nível educacional, socioeconómico e geográfico (US Department of Health and Human Services, 2014).

Outro fato a ter em consideração, é que apesar de as taxas de prevalência de tabagismo em Portugal serem menores do que os da média europeia, o aumento do consumo de tabaco por parte das mulheres revela grandes

preocupações, pois afecta não só a saúde das próprias, como das crianças (Precioso et al, 2009).

## 1.2. CONSUMO DE TABACO E EFEITOS NA SAÚDE

O tabaco contém mais de 4000 substâncias, de entre as quais algumas com propriedades irritantes, aditivas e 60 delas reconhecidas como potenciais ou efetivos cancerígenos. No fumo de tabaco encontram-se presentes substâncias como a acetona, amónia, arsénio, butano, cádmio, monóxido de carbono, DDT, metanol, naftaleno, tolueno, entre outros (Eriksen et al, 2002).

A nicotina é atualmente reconhecida pela sua capacidade de causar dependência física, estando por isso associada a um síndrome de abstinência aquando a sua suspensão ou redução, sendo 6 a 8 vezes mais aditiva do que o álcool e podendo causar uma dependência mais forte do que a heroína (Macedo et al, 2004; Plpe et al, 2009; Sutherland, 2003). A dependência causada pela nicotina é a principal razão para que os fumadores continuem a fumar e que a maioria das tentativas de cessação falhe no espaço de uma semana (Aveyard et al, 2007). Esta dependência encontra-se na 10<sup>a</sup> Classificação Internacional das Doenças (ICD-10) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) (Nunes, 2006). Os critérios de dependência de acordo com o ICD-10 são: o forte desejo ou compulsão para consumir a substância, dificuldade em controlar o consumo (início, fim e intensidade), síndrome de abstinência, desenvolvimento de tolerância e perda progressiva de interesse por atividades sociais, laborais ou de lazer, devido ao uso da substância ou aumento do tempo dedicado à sua obtenção ou à sua utilização (Nunes, 2006). No caso da nicotina, o síndrome de abstinência caracteriza-se pelo forte desejo de voltar a fumar (*craving*), dificuldade de concentração, alterações de humor, irritabilidade, depressão, alterações do sono, ansiedade, diminuição do ritmo cardíaco, disforia, cansaço, aumento do apetite ou ganho ponderal (Nunes, 2006).

O consumo de tabaco está associado a uma diminuição do nível de saúde dos indivíduos e comunidades e a investigação tem vindo a comprovar a sua ligação com diversas doenças. Todas as formas de tabaco causam problemas de saúde ao longo de todo o ciclo vital, resultando em morte ou doença e diminuindo a qualidade de vida. O risco de ocorrência das doenças associadas com o tabaco está dependente de fatores como o número de cigarros fumados diariamente, a duração do consumo, a forma do consumo e o tipo de cigarros (Macedo et al, 2004).

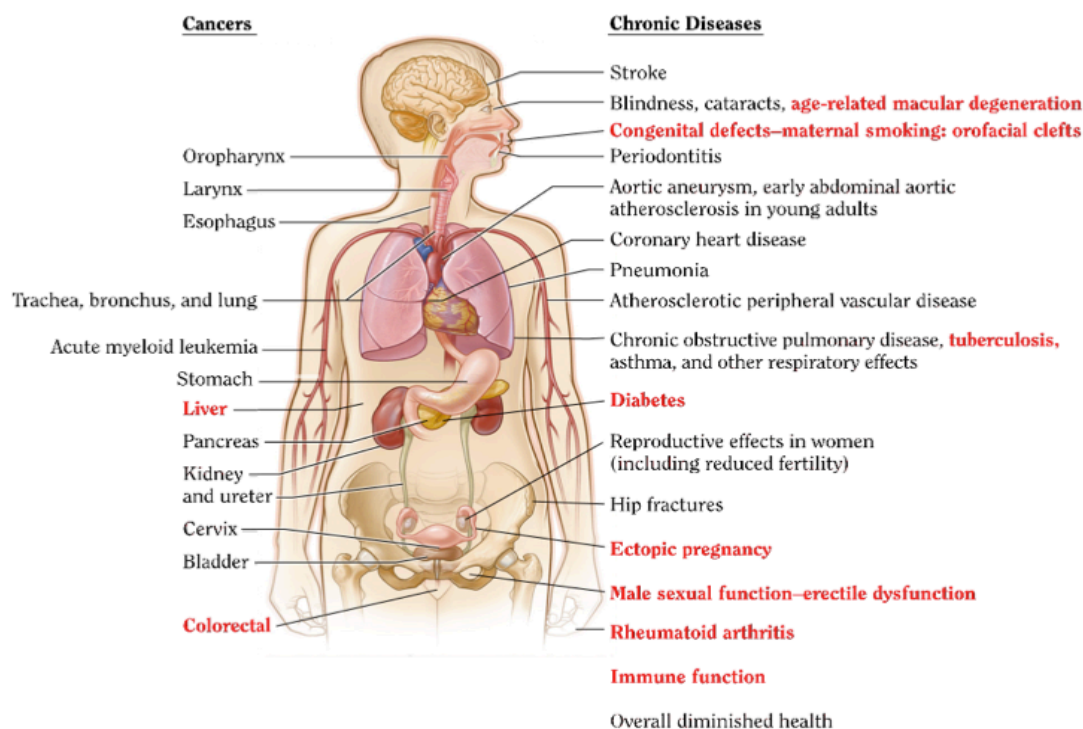
Fumar aumenta drasticamente o risco de múltiplos cancros, especialmente o cancro do pulmão (sendo responsável por 90% dos casos), DPOC (80% dos casos) e é o maior fator de risco para a doença cardíaca (causando 25% das mortes por doença cardiovascular), acidente vascular cerebral e enfisema (Rebelo, 2004; Eriksen et al, 2002). Fumar mata mais do que a SIDA, as drogas ilegais, os acidentes de viação, os assassínios e os suicídios em conjunto (Eriksen et al, 2002). O estudo de Doll et al, 2004, demonstrou, acompanhando uma coorte de médicos ingleses, que o tabaco é causa de várias doenças. Após 50 anos de follow-up, conclui-se que metade dos fumadores persistentes morrem pelo consumo de tabaco, sendo que  $\frac{1}{4}$  morre prematuramente (35-69 anos); após um aumento exponencial do consumo de tabaco por jovens, a totalidade dos efeitos desse consumo na taxa de mortalidade poderá levar 50 anos a manifestar-se e os fumadores perdem em média 10 anos de vida em relação aos não fumadores (Doll et al, 2004). Neste estudo conclui-se ainda que o risco relativo de mortalidade por tabaco é de 3, ou seja, os fumadores têm o 3 vezes mais possibilidade de morrer quando em comparação com os não fumadores (Doll et al, 2004). Segundo Doll e Peto (1978) citados por Ribeiro et al (2002), os fumadores de 1 a 4 cigarros por dia têm uma taxa de mortalidade 3,7 vezes maior do que os não fumadores, e os que consomem 25 ou mais cigarros têm uma taxa 13,6 vezes superior aos que não fumam. Daqui se conclui, que não existe um nível seguro de consumo de tabaco e que o risco de mortalidade é diretamente proporcional ao número de cigarros consumidos.



Nos vários relatórios do *Surgeon General*, foram listadas as doenças relacionadas com o tabaco e o seu impacto tanto a nível individual como a nível populacional, analisando os aspetos relacionados com custos individuais, sociais e económicos. No seu último relatório, são evidenciadas algumas conclusões, também relativas aos últimos 50 anos (US Department of Health and Human Services, 2014):

- O consumo de tabaco está ligado a doenças de quase todos os órgãos do corpo, diminui o estado de saúde e provoca danos a nível fetal;
- Atualmente, continuam a ser identificadas novas doenças relacionadas com o consumo de tabaco, incluindo doenças altamente prevalentes como a diabetes, a artrite reumatóide e o cancro colo-retal;
- A exposição ao fumo ambiental do tabaco está ligada a doenças como o cancro, doenças respiratórias, cardiovasculares, bem como com efeitos adversos na saúde infantil;
- O risco de doenças relacionadas com o tabaco nas mulheres aumentou drasticamente e igualou o risco nos homens no que se refere ao cancro do pulmão, DPOC e doenças cardiovasculares;
- As evidências são suficientes para estabelecer uma relação entre fumar e a diminuição do estado de saúde, aumento do absentismo laboral e aumento da utilização dos cuidados de saúde e respectivos custos;
- O consumo de tabaco tem também efeitos como o aumento da inflamação e a alteração da função imunitária;

Na figura 2, estão ilustradas as doenças relacionadas com o consumo de tabaco, em que a vermelho estão evidenciadas as comprovadas mais recentemente. Encontram-se mencionadas apenas as doenças crónicas, embora o tabaco também tenha efeitos a curto-prazo como cefaleias e tonturas, náuseas, aumento da ansiedade, aumento da frequência cardíaca e tensão arterial, alteração do paladar e diminuição do apetite, dificuldade respiratória, aumento da produção de secreções, menor irrigação sanguínea e alterações cutâneas (pele mais seca e frágil).



Source: USDHHS 2004, 2006, 2012.

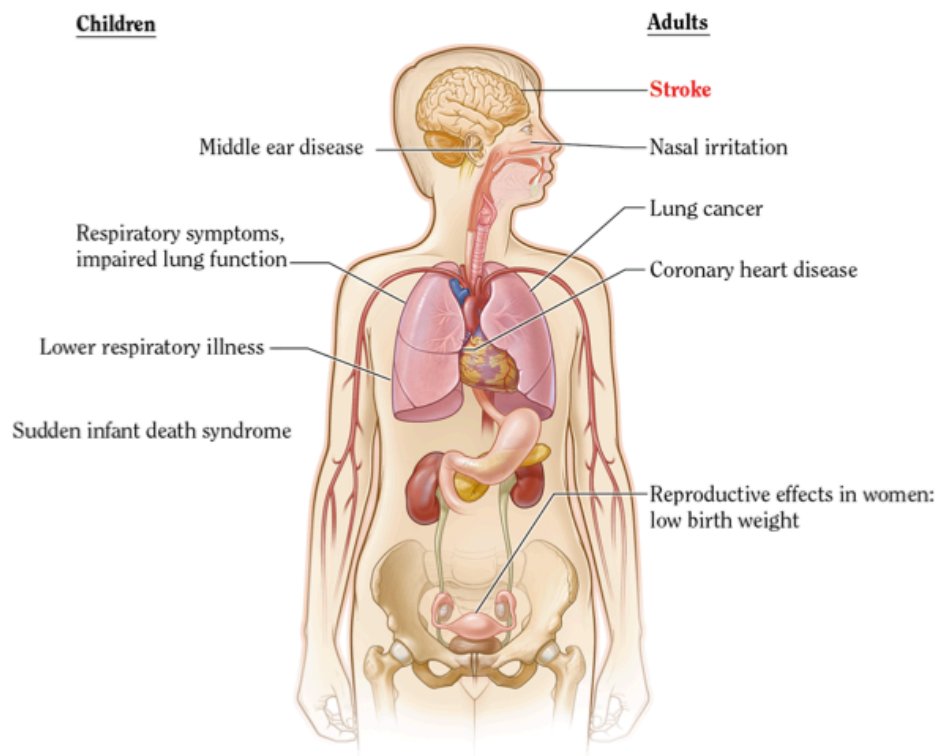
Note: The condition in **red** is a new disease that has been causally linked to smoking in this report.

Fonte: USDHHS , 2014

Figura 2 - Doenças relacionadas com o consumo de tabaco

Na figura 3, podemos verificar as doenças relacionadas com a exposição ao fumo ambiental do tabaco, tanto em adultos como em crianças. Em todo o mundo, morrem pessoas vítimas da exposição ao fumo do tabaco, especialmente mulheres e crianças, sendo estas as populações mais vulneráveis.

O consumo de tabaco é por si só uma doença (Nunes, 2006). O seu consumo e exposição têm impactos negativos e as pessoas devem ser educadas em relação a essas consequências e aos benefícios da cessação tabágica (WHO, 2010).



Source: USDHHS 2004, 2006.

Note: The condition in **red** is a new disease that has been causally linked to smoking in this report.

Fonte: USDHHS, 2014

Figura 3 - Doenças relacionadas com a exposição ao fumo ambiental do tabaco

### 1.3. BENEFÍCIOS DA CESSAÇÃO TABÁGICA

Uma das formas de motivar um fumador para a cessação tabágica é nomear os benefícios que ele irá ter. E os benefícios são vastos e começam logo após a cessação (Eriksen et al, 2002; MS.DGS, 2007):

- 20 minutos: o ritmo cardíaco baixa;
- 12 horas: o monóxido carbono é eliminado do organismo, voltando para valores normais;
- 24 horas: a tensão arterial e a circulação sanguínea melhoram;
- 2 semanas a 3 meses: o risco de enfarte agudo do miocárdio diminui e a função pulmonar aumenta;

- 1 a 9 meses: diminui a tosse e a dispneia;
- 1 ano: o risco de doença cardíaca coronária diminui para metade;
- 5 a 15 anos: o risco de acidente vascular cerebral iguala o de um não fumador;
- 10 anos: o risco de cancro do pulmão é cerca de metade do de um fumador; o risco de cancro da boca, faringe, esófago, bexiga, rim e pâncreas também diminui;
- 15 anos: o risco de doença cardíaca coronária iguala o de um não fumador; o risco de mortalidade também é praticamente igual, especialmente se a cessação ocorrer antes do aparecimento de doenças associadas.

Acresce a estes benefícios o fato de que se um fumador parar de fumar aos 50 anos de idade, reduz para metade os riscos e se parar aos 30 o risco quase que iguala o de um não fumador. Se a pessoa parar de fumar aos 60, 50, 40 ou 30 anos ganha respetivamente cerca de 3, 6, 9 ou 10 anos de vida (Doll et al, 2004). Para além dos benefícios em termos de ganhos de saúde, também existem benefícios como os económicos, o aumento da autoestima e da autoconfiança, os efeitos estéticos, entre outros.

Daqui se pode concluir que a cessação tabágica está indicada em qualquer idade, embora tenha mais benefícios quanto mais precoce for. A cessação tabágica tem sempre como consequência uma melhoria do estado de saúde individual. Promove benefícios imediatos em ambos os sexos, em todas as idades, em indivíduos com ou sem doenças relacionadas com o tabaco (MS.DGS, 2007).

#### 1.4. CESSAÇÃO TABÁGICA

A assembleia mundial de saúde de 2013 propôs aos governos uma redução do consumo de tabaco em um terço até 2025, o que evitaria mais de 200 milhões de mortes devido ao tabaco. Para isso, os fatores determinantes são o preço do tabaco e a cessação (Jha et al, 2014). A OMS também propôs aos governos

uma redução de 25% na mortalidade prematura por doenças não transmissíveis no período de 2008 a 2025, sendo para isso fulcral a cessação tabágica amplamente disseminada em todo o mundo, pois o tabagismo é fator de risco para a maioria das doenças não transmissíveis (Jha et al, 2014). O tratamento da dependência tabágica é considerado como o *gold standart* da prevenção das doenças crônicas (Rebelo, 2011). A evidência demonstra que os tratamentos de cessação tabágica são efetivos para uma população alargada de fumadores, incluindo os que possuem comorbilidades mentais e físicas (US Department of Health and Human Services, 2014). Por cada ano que uma pessoa se mantém a fumar após os 40 anos, reduz 3 meses à sua esperança média de vida e por isso a intervenção dos profissionais de saúde é decisiva, uma questão de vida ou de morte (Aveyard et al, 2007); .

As estratégias para a atuação em cessação tabágica devem ser baseadas em evidência, estando comprovado que investir nesta área é apostar numa estratégia custo-efetiva sendo um bom investimento para os serviços de saúde (Rebelo, 2011; Fiore et al, 2008). O tratamento deve ser acessível e com preços acessíveis, devendo incluir as várias opções de tratamento disponíveis (WHO, 2010).

Apesar das indicações da OMS, destacando a cessação tabágica como prioridade no controlo do tabagismo, ainda existe uma percentagem muito elevada de profissionais de saúde que não encaram o assunto dessa forma (Mendes, 2000 citado por Barreira, 2007).

Cerca de 50% dos fumadores tenta deixar de fumar a cada ano, mas desses apenas 10% são bem sucedidos e apesar de existirem terapias farmacológicas eficientes, e 80% dos fumadores que tenta deixar de fumar fá-lo sem recurso a medicação ou qualquer outro tipo de terapia (Alzoubi et al, 2010). O aconselhamento médico aumenta a motivação do fumador para a cessação e as probabilidades de sucesso, em especial quando existe disponibilização de apoio, nomeadamente farmacológico (Rebelo, 2011).

## 1.5. INTERVENÇÃO BREVE

As abordagens a um fumador podem ser distinguidas em dois tipos: as intervenções oportunistas, em que qualquer ocasião de contato com o utente é uma ocasião para abordar os hábitos tabágicos (intervenção breve) ou as intervenções intensivas, que requerem uma abordagem mais elaborada, numa consulta especializada e com uma equipa multidisciplinar (MS.DGS, 2007).

A intervenção breve em cessação tabágica é uma das estratégias utilizadas para estimular as pessoas a deixar de fumar. Tem um efeito reduzido se considerarmos que a eficácia encontra-se descrita na ordem dos 2 a 3% (Zwar, 2008; McEwen et al, 2006), existindo estudos que apontam para os 5 a 10% (Blasco, 2002 cit. por Macedo et al, 2004). Em 1979, comprovou-se que existia um aumento de 5,1% de pessoas que deixavam de fumar através de uma intervenção breve quando comparadas com o grupo controlo (Russel et al, 1979). No entanto, tendo uma eficácia tão baixa e à partida não aparentando ser uma medida a valorizar, a intervenção breve deverá ser um dos pilares da cessação tabágica em todo o mundo. As razões para isso são:

- É rápida (demora cerca de 5 a 10 minutos ou na sua versão breve 2 a 3 minutos);
- Pode ser feita por qualquer profissional de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, dentistas, psicólogos, entre outros);
- É fácil (consiste em 5 passos ou na sua versão breve 2 passos);
- É custo-efetiva (Mc Ewen et al, 2006; Stead et al, 2009; Meyer et al, 2007; Vogt et al, 2005; McRobbie, 2013).

A intervenção breve consiste em 5 simples passos conhecidos pelos 5 A's: abordar, aconselhar, avaliar, ajudar e acompanhar. O primeiro passo consiste em abordar e identificar sistematicamente todos os fumadores, registando essa informação no processo clínico do utente. Depois segue-se o aconselhar, em que se pretende mostrar à pessoa a importância da cessação tabágica, referindo os riscos para a saúde e realçando os benefícios da cessação. Estes dois primeiros passos são os passos essenciais e que compõem a intervenção muito breve (2 A's). Se o fumador estiver motivado, deverá então seguir-se

para os passos seguintes, começando por avaliar a motivação, perguntando o interesse da pessoa em deixar de fumar no próximo mês ou nos próximos 6 meses. Se a pessoa estiver disposta a deixar de fumar a curto/médio prazo, então deverá passar-se ao passo seguinte e ajudar através de acompanhamento personalizado, estratégias comportamentais e prescrição de terapêutica farmacológica. Por último, deve-se acompanhar a evolução marcando consultas de *follow-up* ou agendando contatos telefónicos (MS.DGS, 2007).

A intervenção breve deverá ter por base os princípios da entrevista motivacional que incluem (Litt, 2005):

- Uma intervenção centrada no utente;
- Desenvolvimento de empatia, promoção da autonomia e encorajar a participação mútua;
- Deixar que o utente reconheça o seu problema;
- Fazer com que o utente se dê conta da incoerência entre o seu problema e os seus objetivos, utilizando os prós e contras de continuar com o mesmo comportamento identificados pelo próprio.
- Evitar argumentação assumindo que o utente é responsável pela decisão de mudar;
- Apoiar a autoeficácia e o optimismo face à mudança.

Caso o fumador não esteja ainda motivado, deverá ser aplicada a estratégia dos 5 R's, utilizando a técnica da entrevista motivacional. Os 5 R's consistem em: relevância dos benefícios, riscos, recompensas, resistências e repetição. Na relevância deve procurar-se que o fumador identifique em que medida é importante para ele deixar de fumar, fazendo uma lista dos benefícios para ele e para a sua família. Depois, deve fazer o mesmo exercício mas identificando os riscos a curto e a longo prazo para si e para terceiros. Deverá depois listar as recompensas, sobretudo para a sua saúde, reforçando os mais importantes. Após isto, é importante saber quais as resistências/barreiras ao processo identificadas pelo fumador (que poderão incluir o medo de falhar ou o síndrome de abstinência). Por fim, a repetição. Esta entrevista motivacional deverá ser

realizada sempre que possível, nos diversos contatos com o fumador, sobretudo em momentos de maior vulnerabilidade à intervenção (gravidez, doença aguda) (MS.DGS, 2007).

Existe uma abordagem mais simplificada e de fácil memorização – o modelo ABC (MS.DGS, 2009; Ministry of Health, 2007):

A – Abordar os hábitos tabágicos de todos os doentes;

B – Breve aconselhamento para parar de fumar a todos os doentes;

C – Cessação, apoiando todos os que pretendem deixar de fumar (inclui motivar para a cessação e referenciar).

Como já foi dito anteriormente, a intervenção breve tem uma percentagem de sucesso baixa e isso faz com que os profissionais de saúde, embora considerem que devem intervir na cessação tabágica, pensem que a intervenção breve é um desperdício do seu tempo (Aveyard et al, 2011). Contudo, por ser realmente breve consegue-se abranger um maior número de pessoas e, se for feita rotineiramente em todas as consultas, consegue-se atingir uma vasta população e em termos absolutos teremos muitas pessoas a deixar de fumar, com poucos recursos investidos, sendo assim uma medida custo-efetiva (Eckert et al, 2001; Rebelo, 2004; Litt, 2005).

De salientar, que grande parte dos fumadores irá tentar deixar de fumar nalgum momento da sua vida e que cerca de 40% dos fumadores tentam deixar de fumar no seguimento de um conselho médico (Eckert et al, 2001). Se considerarmos que com a intervenção breve poderemos ter uma taxa de cessação na ordem dos 5 a 10%, estaremos a falar da possibilidade de 81329 a 162659 portugueses deixarem de fumar (Macedo et al, 2004). Estando os médicos de MGF em contato regular com a população, têm um papel decisivo na diminuição da prevalência de tabagismo, através da intervenção breve (Vogt et al, 2005). Calcula-se que 70 a 80% da população tenha pelo menos uma consulta médica anualmente e geralmente as pessoas tentam aderir às mudanças propostas pelo seu médico assistente (Brotons et al, 2005; Pipe et al, 2009; Alzoubi et al, 2010). O aconselhamento prestado pelos profissionais



de saúde é mais motivador para a pessoa do que a pressão familiar, a regulamentação antitabágica, os impostos sobre o tabaco ou campanhas públicas (Alzoubi et al, 2010).

Os serviços de saúde deverão possuir sistemas que promovam a identificação regular dos fumadores e que estimulem a que seja feita pelo menos uma intervenção breve (WHO, 2010). A intervenção breve deve ser massificada de forma a potenciar o seu impacto e aumentar a sua custo-efetividade. Todos os profissionais de saúde deverão ser treinados para questionar acerca dos hábitos tabágicos, registar em notas, fazer um breve aconselhamento e encaminhar os fumadores para o mais efetivo e apropriado tratamento disponível. A intervenção breve deverá ser uma prática do dia-a-dia e deverá ser monitorizada regularmente (WHO, 2010), para que haja uma significativa redução na prevalência do tabagismo e, conseqüentemente, na mortalidade e morbilidade (Stead et al, 2009). Todos os países signatários da Convenção Quadro para Controlo do Tabaco têm a obrigação de implementar todos os artigos, nomeadamente o 14º sobre cessação tabágica, porém apenas 1 em cada 5 países têm a implementada a obrigatoriedade de registos clínicos sobre o consumo de tabaco e só cerca de metade encorajam a prática da intervenção breve (McRobbie, 2013).

Muitos médicos identificam como barreiras à intervenção breve a falta de tempo (42%), a inefetividade da intervenção (38%), falta de confiança/treino adequado (22%) e a resistência do utente à intervenção com conseqüente dano na relação médico-utente (18%). Mencionam também, em percentagens menores a falta de recursos de apoio ao utente, a invasão da privacidade do mesmo e o não encararem este tipo de intervenção como parte do seu dever profissional (Vogt et al, 2005; Holtrop et al, 2008; Aveyard et al, 2011; Ward et al, 2002; Pipe et al, 2009; Richmond, 1999; Meyer et al, 2007; Alzoubi et al, 2010; Smith et al, 2009).

Na figura seguinte apresentam-se os principais fatores que influenciam o envolvimento dos médicos na cessação tabágica.



Fonte: Adaptado de Stead et al. 2009

Figura 4 - Fatores que influenciam o envolvimento dos médicos na cessação tabágica

Em relação à perspectiva que os médicos têm da ineficácia da sua intervenção, é importante destacar que sem nenhum aconselhamento ou apoio por parte de um profissional de saúde, apenas 1 a 2% dos fumadores irão deixar de fumar. Com 3 minutos de intervenção a taxa de sucesso aumenta para 5% e se juntar o apoio farmacológico, essa taxa subirá para 10%. Nos casos em que haja referência para uma intervenção do tipo intensiva, a taxa de sucesso poderá atingir os 25% (Sutherland, 2003).

Quanto aos fatores que facilitam a intervenção breve, os mais mencionados pelos médicos são a cessação ser a medida mais custo-efetiva para a prevenção da doença crónica (86%), o conhecimento dos benefícios para a saúde dos seus utentes que a cessação acarreta (83%), o acreditar que a intervenção em cessação tabágica faz parte das suas responsabilidades (83%), a motivação do doente para cessar (77%), ter disponibilidade de tempo (77%), acreditar que ajudar na cessação tem uma elevada prioridade (77%), ter competências adequadas para o aconselhamento (69%), possuir

conhecimentos suficientes sobre tabaco e saúde (63%), possuir recursos de apoio às intervenções (63%), confiança na sua intervenção (54%), história de casos de sucesso (51%) e o apoio dos colegas (43%) (Smith et al, 2009).

Apesar da intervenção breve ser parte de inúmeras *guidelines* e da sua aplicação ser recomendada por diversas instituições, a sua real aplicação fica muito aquém do esperado. Mesmo em estudo baseados no auto-reporte das intervenções médicas, apenas cerca de metade dos clínicos refere aconselhar regularmente para a cessação (McEwen et al, 2006). Para implementar com sucesso as *guidelines* de intervenção tabágica, teremos de ter em conta estratégias que toquem em 3 pontos essenciais: a construção das *guidelines* (envolvendo os profissionais na sua elaboração), a sua disseminação e implementação e as atitudes e as práticas dos profissionais, tendo em consideração as barreiras por eles identificadas. E, é precisamente a este último ponto que é dada menor atenção (Ward et al, 2002). Algumas propostas têm sido feitas para que haja uma efetiva implementação da intervenção breve, como considerar os hábitos tabágicos como sinais vitais, de forma a que existisse uma obrigatoriedade em questionar os utentes em todas as consultas sobre os atuais hábitos tabágicos. Por outro lado, o tabagismo tem de ser considerado como uma doença crónica, com possibilidade de recaídas e remissão e que tem de ser tratado como qualquer outra doença, sendo responsabilidade profissional de qualquer médico (Fiore et al, 1995).

#### 1.6. PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os profissionais de saúde desempenham um papel central na prevenção e controlo do tabagismo. Isto porque os profissionais de saúde são encarados como modelos a seguir pela sociedade, possuem a sua confiança, têm influência nos meios de comunicação social e nos líderes de opinião, conseguindo que as suas mensagens se propaguem por âmbitos sociais, económicos e políticos (FDI/WHO, 2005). Os profissionais de saúde têm também um papel central no desenvolvimento de atitudes face ao tabagismo, visto estarem em contato direto com 70% a 80% da população (WHO, 1998).

citada por Barreira et al, 2007; Richmond, 1999; Rebelo, 2011). Os profissionais de saúde têm uma série de funções perante a sociedade: modelo de hábitos de vida saudáveis; educadores (informando sobre riscos do consumo de tabaco); terapeutas (apoando e tratando os fumadores que tentam deixar de fumar, com aconselhamento e fármacos); críticos sociais e promotores de campanhas antitabágicas sensibilizando a opinião pública (Lledó, 2002 citado por Barreira, 2007; Smith et al, 2007; Pipe et al, 2009).

Para diminuir a percentagem de fumadores Beconã, em 1995, recomendou que 3 medidas essenciais a ser aplicadas (Macedo et al, 2004):

- A consciencialização por parte de todos os profissionais de saúde dos riscos que o consumo de tabaco tem para a saúde;
- Dar o exemplo. É fundamental que os profissionais deixem de fumar ou pelo menos não o façam na presença dos doentes, pois funcionam como modelos sociais;
- Envolvimento na cessação tabágica. É indispensável que os médicos das diversas especialidades (MGF, cardiologia, internistas, medicina do trabalho, pediatras, etc.) se envolvam no controlo do tabagismo, da mesma forma como se envolvem noutros fatores de risco para a saúde.

Os profissionais de saúde devem assim evitar o consumo de tabaco e ser alvo de apoio para a cessação tabágica, caso necessitem. Para isso, é necessário que existam programas específicos de cessação tabágica para profissionais de saúde, pois o facto de os profissionais de saúde serem fumadores, sendo eles modelos a seguir, faz com que as mensagens sobre os malefícios do tabaco sejam distorcidas e com que não se quebre a aceitação social que o consumo de tabaco ainda possui (mantendo-se a norma social) (Smith et al, 2007; Pipe et al, 2009; Stead et al, 2009; Ravara et al, 2014). Os profissionais de saúde têm assim a responsabilidade de dar o melhor exemplo possível a toda a sociedade (WHO, 2010). Na sua maioria os médicos consideram-se modelos a seguir. Porém, os médicos que fumam nem sempre se revêm nesse papel e não assumem a sua responsabilidade enquanto modelos (Stead et al, 2009; Gunes et al, 2005). É por isso essencial que seja disponibilizada a todos os

médicos ajuda para deixar de fumar e que seja evidenciada a importância dessa medida.

Nos países com medidas de controlo de tabagismo mais consistentes, os médicos tendem a deixar de fumar mais cedo do que a população geral e apresentarem taxas de prevalência de tabagismo mais baixas (Smith et al, 2007; Ravara et al 2014). Isto explica-se pelo fato de conhecerem melhor do que ninguém os efeitos negativos do tabaco na sua saúde, por existir um conflito entre a sua missão enquanto promotores de saúde e um comportamento não saudável e pela imagem negativa que transmite (Smith et al, 2007). Em Portugal, os estudos são contraditórios. Um estudo levado a cabo pela ENSP em 2001 demonstrou que os médicos em Portugal tinham uma prevalência de tabagismo baixa em relação a outros países europeus e que tinham maior motivação para deixar de fumar (ENSP, 2003). No entanto, estudos mais recentes demonstram que os médicos apresentam prevalências altas de tabagismo e estão pouco motivados para deixar de fumar (Ravara et al, 2014). Nas últimas décadas, a prevalência de tabagismo nos médicos portugueses teve um decréscimo acentuado, bem como uma alteração do padrão de consumo. Existem mais médicos jovens a reportar nunca ter fumado, mas existe uma maior tendência para o consumo ocasional, estando associado com uma baixa motivação para deixar de fumar (Ravara et al, 2014). Para além disto, as taxas de prevalência, após um decréscimo acentuado, parecem ter estabilizado desde 2000 (Ravara et al, 2014). Analisando por género, encontram-se diferenças importantes. Nos médicos do sexo masculino os jovens reportam taxas de prevalência menores em comparação com a população geral, ao contrário do que acontece com os médicos mais velhos; por outro lado, os médicos do sexo feminino reportam um consumo similar ao da população em geral e taxas de cessação mais baixas nos dois grupos etários (Ravara et al, 2014; Nunes, 2011). No caso das médicas, tanto as mais jovens como as mais velhas, relatam taxas de prevalência e níveis de consumo mais baixos do que a população geral; também em relação a deixar de fumar, têm taxas de cessação e idades de cessação semelhantes às da população geral (Ravara et al, 2014; Nunes, 2011).

O consumo de tabaco dos médicos influencia as medidas de controlo de tabaco num país, pois os médicos fumadores têm atitudes menos positivas em relação à cessação tabágica e, por isso, o seu nível de envolvimento em cessação tabágica é menor (Brotons et al, 2005; Ulbricht et al, 2008; Ravara et al, 2014). A prevalência de médicos fumadores está, portanto, relacionada com o sucesso dos programas de cessação tabágica (Rebelo, 2004).

Vários estudos portugueses revelaram que a maioria dos médicos portugueses (55%) reconhecia a obrigação de informar sobre tabaco, a importância dessa informação, a aceitação do aconselhamento médico e o fato de os profissionais de saúde funcionarem como modelos (ENSP, 2003; Rebelo, 2004, Nunes, 2011; Ravara et al, 2012).

### 1.7. FORMAÇÃO

A formação é essencial para a implementação de estratégias baseadas na evidência e a formação aumenta a prática de atividades em cessação tabágica (Ulbricht et al, 2008). Sem formação adequada as medidas estipuladas não serão implementadas. Diversos estudos apontam para o fato de que menos conhecimentos sobre os malefícios do tabaco, efeitos na população e na economia e sobre como fazer um correto aconselhamento têm um efeito negativo nos resultados em cessação tabágica (Djalalinia et al, 2011). Todos os profissionais de saúde (médicos, dentistas, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais relevantes) deverão ter treino específico para registar os hábitos tabágicos, fazer intervenção breve, encorajando a cessação tabágica e referenciando para serviços de apoio sempre que necessário (WHO, 2010). A formação em controlo do tabagismo e cessação tabágica deve ser incluída em todos os currículos dos profissionais de saúde e outras profissões relevantes, tanto em cursos pré como pós-graduados e devendo ser realizada formação contínua ao longo da vida. A formação deverá incluir temas como o consumo de tabaco e seus malefícios, benefícios da cessação tabágica e o impacto que os profissionais treinados têm no aumento das taxas de cessação (WHO, 2010).

O treino acerca da intervenção breve deverá ser feito de acordo com uma metodologia muito simples e prática (WHO, 2010), para que possa ser aplicada com facilidade e rotineiramente na clínica.

Em 2000, um estudo europeu revelava que 85% dos médicos de MGF portugueses afirmava não ter tido qualquer tipo de formação em cessação tabágica, 95% desejavam formação e materiais informativos para distribuir aos seus utentes, só 53% se sentia preparado para ajudar e 39% sentiam-se confortáveis para discutir o tema “tabaco ou saúde” . Contrastando com estes resultados, 93% dos médicos concorda que a cessação tabágica faz parte das suas responsabilidades profissionais (ENSP, 2003).

Borges et al (2008) observaram que metade (50,2%) dos estudantes finalistas de medicina em Portugal considerava ser insuficiente a formação recebida durante o curso sobre cessação tabágica, enquanto 14,9% declarava não ter recebido nenhuma formação. Este estudo salienta a necessidade de apostar na formação em cessação tabágica nas faculdades de medicina.

A ausência da formação e do treino nos currículos médicos tem um papel fulcral na preparação dos médicos para a intervenção, conduzindo a uma falta de confiança, constituindo uma barreira na implementação da cessação tabágica (Djalalinia et al, 2011).

A aposta na formação médica nesta área terá efeitos muito positivos na cessação tabágica, aumentando o número de pessoas abordadas quanto aos hábitos tabágicos, o aconselhamento e consequentemente a taxa de cessação (McEwen et al, 2006; Djalalinia et al, 2011). O resultado final será a promoção da saúde das populações.

## 1.8. OBJETIVOS

### 1.8.1.OBJETIVO GERAL

- Avaliar as práticas clínicas auto-relatadas dos médicos portugueses na intervenção breve simplificada (3 A's) em tabagismo.

### 1.8.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a amostra comparando médicos de MGF com médicos hospitalares;
- Caracterizar o comportamento tabágico dos médicos da amostra;
- Identificar a frequência dos passos da intervenção breve reportados pelos médicos na prática clínica;
- Identificar fatores associados aos diferentes passos da intervenção breve simplificada (3 A's);
- Identificar as principais barreiras percebidas pelos médicos na abordagem do tabagismo (intervenção breve simplificada – 3 A's);



## 2. MATERIAL E MÉTODOS

### 2.1. ÂMBITO DO ESTUDO

Este estudo insere-se num projeto de investigação intitulado “O papel dos profissionais de saúde no controlo do tabagismo”, cujos autores e investigadores são: Mestre e Doutoranda Sofia Belo Ravara, Professor Doutor José M Calheiros e Professor Doutor Miguel Castelo Branco (Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior) e Professor Doutor Pedro Aguiar (Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa). Sofia Belo Ravara, enquanto investigadora principal e doutoranda foi responsável pela concepção e desenho do estudo, pelo trabalho de campo, armazenamento e processamento dos dados, análise estatística, interpretação dos resultados e redação dos artigos científicos. Recebeu orientação científica dos Professores Doutores José M Calheiros, Miguel Castelo Branco e Pedro Aguiar. Os objetivos gerais deste estudo são:

1. Caracterizar o comportamento tabágico de uma amostra de médicos de família e de médicos hospitalares, comparando com uma amostra da população geral;
2. Caracterizar as atitudes de controlo de tabagismo, em relação às políticas livres de fumo de tabaco e à exposição ao fumo de tabaco, assim como os fatores associados;
3. Avaliar a formação específica em tabagismo (pré e pós graduada) e a participação em atividades de controlo de tabagismo (cessação tabágica e prevenção/ controlo de tabagismo), assim como os fatores relacionados.
4. Avaliar as práticas clínicas de cessação tabágica, nomeadamente a intervenção breve no modelo dos 3 A's (1- abordar, 2- aconselhar, 3 – agir: motivar para cessar e referenciar a um programa de cessação) e os fatores associados; assim como as barreiras e a confiança para atuar.

Os objetivos 1, 2 e 3 foram analisados e descritos em dois artigos científicos, publicados em revistas *peer review* de circulação internacional, respetivamente:

- RAVARA SB, CASTELO-BRANCO M, AGUIAR PM, CALHEIROS JM  
– Smoking behaviour trends among Portuguese physicians: are they role models? A conference-based survey. *Public Health*. 2014, 128 (1): 105-109. Doi: 10.1016/j.puhe.2013.08.015
- RAVARA SB, CASTELO-BRANCO M, AGUIAR PM, CALHEIROS JM  
– Are physicians aware of they role in tobacco control? – a conference-based survey in Portugal. *BMC Public Health*. 2014 (in press).

O objetivo 4, à exceção da confiança para atuar, é analisado nesta dissertação. Sofia Belo Ravara, enquanto investigadora principal e coorientadora coordenou a análise e a interpretação dos dados e orientou a Mestranda, juntamente com o Professor Doutor Pedro Aguiar, orientador da Mestranda que supervisionou o desenho do estudo e a análise estatística.

## 2.2. DELINEAMENTO DO ESTUDO

O presente trabalho assumiu a forma de um estudo do tipo observacional descritivo transversal e exploratório.

---

### 2.2.1. POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população-alvo foi constituída por médicos com especialidade em MGF ou especialidade hospitalar. A população-alvo identificável foi constituída pelo universo dos médicos portugueses com especialidade em MGF ou especialidade hospitalar, que frequentam conferências médicas. A amostra foi constituída por médicos que participaram em duas conferências distintas ocorridas no ano de 2009 e que aceitaram responder ao questionário entregue,

utilizando um método de amostragem não probabilística intencional, seguindo uma metodologia estabelecida e descrita na literatura (Nardini, 1998; Ravara et al, *in press*).

---

### 2.2.2. TÉCNICAS E ABORDAGENS DE INVESTIGAÇÃO

O estudo realizado é um estudo transversal exploratório, baseado na aplicação de um questionário de autopreenchimento durante duas conferências médicas distintas, em que foi utilizada uma amostragem de conveniência descrita na literatura como tendo boa representatividade (Nardini et al, 1998; Ravara et al, *in press*). Os questionários foram distribuídos para autopreenchimento e foram recolhidos durante as conferências. Os dados são auto-reportados. A amostra teórica seria de 500 médicos assumindo uma prevalência de tabagismo de 22% (European Network for Smoking Prevention, 2002) e para um intervalo de confiança de 95%, com uma precisão de 3,6% (Ravara et al, *in press*). Foram distribuídos um total de 950 questionários, assumindo uma taxa de resposta de 60% (Nardini et al, 1998; Ravara et al, *in press*). As conferências escolhidas, que visavam abranger médicos de diferentes especialidades (MGF e especialidades eminentemente hospitalares – neurologia e medicina interna) e também alunos finalistas de medicina ou médicos recém-formados, foram:

- 3º Congresso Português do Acidente Vascular Cerebral – em Fevereiro de 2009, no Porto. Os questionários foram distribuídos durante a inscrição a todos os 450 médicos presentes.
- Encontro Nacional da Associação Portuguesa de MGF – em Março de 2009, Vilamoura. Os questionários foram distribuídos de forma sistemática a 500 médicos (uma amostra randomizada de 33% do total de 1500 participantes) (Ravara et al, *in press*).

A autorização para a aplicação do questionário foi obtida através das comissões organizadoras das conferências. As comissões foram contactadas previamente a cada evento para a obtenção de informação acerca dos

participantes (número, especialidades médicas, média de idades, região de origem) (Ravara et al, *in press*).

De forma, a incluir médicos de medicina geral e familiar, especialistas hospitalares, alunos de medicina e recém-formados, foram escolhidas estas duas conferências porque:

- É difícil aplicar questionários a médicos. Os inquéritos aplicados em conferências são descritos na literatura como tendo boa taxa de resposta e viés baixo na seleção da amostra (Smith e Leggat, 2007; Nardini et al, 1998; citados em Ravara et al, *in press*).
- Não existindo financiamento, os métodos de investigação deverão ser escolhidos de acordo com esta limitação. Os questionários aplicados desta forma são mais económicos e de rápida aplicação, necessitando de menos recursos (Aguiar, 2007; Ravara, 2014).
- As bases de dados de médicos nacionais não estavam disponíveis na altura de aplicação dos questionários (Ravara et al, *in press*).
- Os participantes de conferências médicas nacionais são habitualmente representativos dos membros das associações médicas, reunindo médicos de todo o país com diferentes idades e diferentes níveis de desenvolvimento profissional (Nardini et al, 1998; Ravara et al, *in press*).

O questionário incluía uma carta de apresentação explicando o objectivo do estudo, as instituições envolvidas bem como os contatos dos investigadores e garantia de anonimato. O estudo foi aprovado pela comissão de ética e investigação do Hospital Universitário da Beira Interior (Ravara et al, 2014).

---

### 2.2.3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

O questionário foi obtido através da adaptação de um questionário validado (Ravara et al, 2011; Ravara et al, 2012; Ravara et al, 2014; Ravara et al, *in press*). O questionário reúne informação sociodemográfica, idade de entrada no curso de medicina e especialidade, comportamento tabágico, consumo de tabaco, vontade de mudar o comportamento, tentativas prévias de cessação,

consciência sobre suporte à cessação, atitudes face a serem modelos enquanto não fumadores, treino específico em prevenção e tratamento do tabagismo, confiança nos diversos passos da intervenção breve, prática clínica auto-reportada da intervenção breve, registos de intervenção breve e barreiras à abordagem do tabagismo.

---

#### 2.2.4.AMOSTRA

Foram distribuídos um total de 950 questionários e devolvidos 608, dos quais 3 não tinham a indicação da especialidade. Deste modo a taxa de participação foi de  $605/950=63,7\%$ , ou seja, a taxa de participação foi boa, de acordo com Babbie (Babbie, 1990; Ravara et al, *in press*). A amostra inicial foi constituída por 605 participantes. Destes 605 participantes e, para a comparação entre médicos hospitalares e médicos de MGF, foram excluídos os internos do ano comum ( $n=56$ ), perfazendo assim a amostra em estudo um total de 549 médicos.

### 2.3. DEFINIÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Foram recolhidas variáveis auto-reportadas sobre caracterização demográfica e experiência profissional, hábitos tabágicos, formação e necessidades de formação, atuação em cessação tabágica nos diversos passos da intervenção em cessação tabágica.

A partir das variáveis resultantes da informação recolhidas com o questionário utilizado, foram criadas novas variáveis, agregadas ou compostas, para efeitos de análise estatística, descritas ulteriormente.

Consideram-se como variáveis independentes, as variáveis de caracterização demográfica, de experiência profissional, hábitos tabágicos, formação pré e pós graduada, a afirmação como tendo papel de modelo e participação em atividade de cessação tabágica.

Os diferentes passos da intervenção breve analisados (abordar, aconselhar, motivar e referenciar), assumiram características de variáveis dependentes.

Foi realizada uma análise bivariável para estudar as associações entre as variáveis independentes e os diferentes passos da intervenção breve. As variáveis independentes foram respetivamente o sexo, o grupo etário, o comportamento tabágico (fumador; não fumador: nunca fumador/ex-fumador), a especialidade médica (médico de MGF; hospitalar), ter ou não formação específica em tabagismo (pré-graduada e pós-graduada), as atitudes em relação a ser *role-model* como não fumador e a participação em atividades de prevenção e controlo do tabagismo. Essas variáveis foram analisadas para 4 passos da intervenção breve dos 3 A's: 1-abordar; 2- aconselhar; 3- atuar (A- motivar; B- Referenciar).

Para mais informação, encontra-se disponível em anexo o quadro resumo da operacionalização das variáveis.

## 2.4. CLASSIFICAÇÕES, CRITÉRIOS E ESCALAS DE MEDIDA

### 2.4.1. GRUPO ETÁRIO

A variável idade foi recodificada em grupo etário passando a variável categórica. A divisão escolhida foi a separação entre  $\leq 45$  anos e  $> 45$  anos. Esta decisão teve como objetivo a comparação entre a atuação de um grupo de médicos jovens e por isso com menos prática clínica e um grupo de médicos mais experiente. Também se reconhece que é na meia idade que a maioria dos médicos fumadores deixa de fumar e também por esse fato poderemos ter aqui dois grupos contrastantes (Ravara et al, 2013).

### 2.4.2. TIPO DE ESPECIALIDADE

Foi feita uma recodificação ao nível da especialidade dividindo os médicos de MGF e juntando todas as especialidades eminentemente hospitalares na

categoria “especialidades hospitalares”, dado a reduzida amostra dos vários subgrupos dos médicos hospitalares, respetivamente: neurologia (n=54); medicina interna (n=90), medicina física e reabilitação e outras (n=52). Esta recodificação justifica-se pelo objetivo do estudo que é a comparação entre médicos de MGF e médicos hospitalares.

---

#### 2.4.3.CONSUMO DE TABACO

O comportamento tabágico foi auto-reportado e classificado de acordo com as definições da Organização Mundial de Saúde para o consumo de tabaco (WHO, 1997; Ravara et al, 2014). Os participantes que reportaram ser fumadores regulares tanto os fumadores diários (se fumassem todos os dias) ou ocasionais (se não fumassem todos os dias) foram agrupados como fumadores. Os que reportaram ter hábitos regulares no passado, mas que não fumavam na altura do questionário ou que tivessem deixado de fumar um ano antes, foram classificados como ex-fumadores. Os que reportaram nunca ter consumido tabaco ou ter experimentado mas nunca sendo fumadores regulares, foram considerados como não fumadores.

---

#### 2.4.4.FORMAÇÃO

A variável formação tinha como categorias de resposta:

- Formação pré-graduada:

Não recebi	Menos de 5h	Entre 5 e 8h	Entre 8 e 12h	Mais de 12h
------------	-------------	--------------	---------------	-------------

- Formação pós-graduada:

Não recebi	Menos de 5h	Entre 5 e 8h	Entre 8 e 12h	Mais de 12h
------------	-------------	--------------	---------------	-------------

Para analisar a formação foram efectuadas inúmeras recodificações para analisar o impacto do número de horas de formação (separação entre 5, 8 e 12 horas de formação) (Ravara et al, *in press*) . Porém e para a análise através de regressão logística, tanto para a formação pré como para a pós-graduada, foram criadas variáveis binárias que se dividem em “não tem formação” e “tem formação”.

---

#### 2.4.5.PARTICIPAÇÃO EM CESSAÇÃO TABÁGICA

Na pergunta de participação em atividades de cessação tabágica, as hipóteses de resposta incluíam “nunca”, “esporadicamente” e “regularmente” (Ravara et al, *in press*). Ao converter esta variável para uma variável binária, optou-se por agrupar o “nunca” e o “esporadicamente” como não tendo participação e o “regularmente” como tendo participação. Esta escolha teve como objetivo incluir as pessoas que realmente praticam atividades de cessação tabágica no seu dia-a-dia (Ravara et al, *in press*).

---

#### 2.4.6.PASSOS DA INTERVENÇÃO BREVE

Para analisar as variáveis “abordar”, “aconselhar”, “motivar” e “referenciar”, as categorias de respostas foram agrupadas em “regularmente” sempre que o profissional respondeu “regularmente” ou “sempre”; e “não regularmente” agrupando as categorias “nunca”, “às vezes” e “só se a doença estiver relacionada com o tabagismo”.

Analizou-se ainda as mesmas variáveis formando duas classes diferentes: agrupando a resposta “sempre” como abordagem sistemática versus todas as outras respostas agrupando como abordagem não sistemática. Esta duplicação da recodificação das variáveis (abordagem regular e abordagem sistemática) teve como objetivo avaliar a frequência da abordagem regular e sistemática do tabagismo, recomendada nas *guidelines* de cessação tabágica, assim como explorar eventuais diferenças em relação aos fatores associados.



Para além disso, foi criada uma nova variável (“intervenção breve”), combinando os quatro passos da intervenção breve (“abordar”+“aconselhar”+“motivar”+“referenciar”), para analisar se os profissionais relatavam fazer toda a sequência de passos.

#### 2.4.7. BARREIRAS À ABORDAGEM SISTEMÁTICA DO TABAGISMO

Para identificação das barreiras, foram seleccionadas quatro barreiras à abordagem sistemática do tabagismo pelos profissionais de saúde (falta de tempo, formação insuficiente, falta de confiança na eficácia e doente não motivado), descritas na literatura como sendo as mais frequentes (Vogt et al, 2005; Holtrop et al, 2008; Aveyard et al, 2011; Ward et al, 2002; Pipe et al, 2009; Richmond, 1999; Meyer et al, 2007; Alzoubi et al, 2010; Smith et al, 2009). Estas barreiras deveriam ser classificadas quanto à sua importância: “nada importante”, “alguma importância”, “moderada importância”, “elevada importância”.

### 2.5. PRÉ-TESTE E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA

Foi realizado um pré-teste utilizando um grupo de 10 médicos de medicina geral e familiar, especialistas hospitalares (neurologistas e internistas) e estudantes finalistas de medicina ou recém-formados.

### 2.6. ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise dos dados foi efectuada a partir de uma base de dados no Microsoft Office Excel, através do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20. Inicialmente foi efectuada a estatística descritiva dos dados. Para as variáveis qualitativas categóricas (nominais, ordinais e binárias) foram elaborados quadros de frequência absoluta e relativa. Para as variáveis numéricas contínuas foram calculadas as medidas de dispersão

(média, mediana, desvio padrão, valor mínimo e máximo). Para testar a normalidade das variáveis recorreu-se ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* que demonstrou que todas as variáveis apresentam uma distribuição não normal. Foi também realizada uma análise bivariável utilizando o teste qui-quadrado para comparar variáveis categóricas. Foram calculados os odds-ratio (OR) quando apropriado. As variáveis independentes que apresentaram um OR com significância estatística até  $p < 0,10$  foram incluídas no modelo múltiplo de regressão logística binária. Foi realizada uma análise multivariada utilizando a regressão logística binária para estudar factores associados às variáveis dependentes categóricas relevantes do estudo (recodificadas em variáveis binárias). Cada modelo foi otimizado por *backward selection*, permanecendo no modelo as variáveis que apresentaram um valor  $p < 0,05$ . O nível de significância foi de 5%.

### 3. RESULTADOS

Ao longo deste capítulo serão apresentados os resultados obtidos através da análise dos questionários, pretendendo-se dar resposta a cada um dos objetivos propostos para este estudo.

#### 3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

##### 3.1.1.DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR SEXO E GRUPO ETÁRIO

Dos 549 médicos em estudo, 340 (61,9%) pertenciam ao sexo feminino e 209 (38,1%) ao sexo masculino. Quanto à idade, a média foi de  $40,51 \pm 12,6$  anos, sendo que metade da amostra apresentou menos de 37 anos (máximo 70 anos; mínimo 24 anos).

O sexo feminino apresentou uma idade média de  $39,02 \text{ anos} \pm 12,27$  (mediana = 34,5; máximo=70, mínimo=24), inferior à do sexo masculino com uma idade média de  $42,93 \text{ anos} \pm 12,79$  (mediana=46; máximo=70; mínimo=25), conforme se pode verificar na tabela seguinte.

Tabela 3 - Caracterização da amostra em relação ao sexo e idade

		Sexo	
		Feminino (n=340)	Masculino (n=209)
Idade (anos)	Média	39,02	42,93
	Mediana	34,5	46
	Desvio Padrão	12,273	12,788
	Mín. – Máx.	24-70	25-70

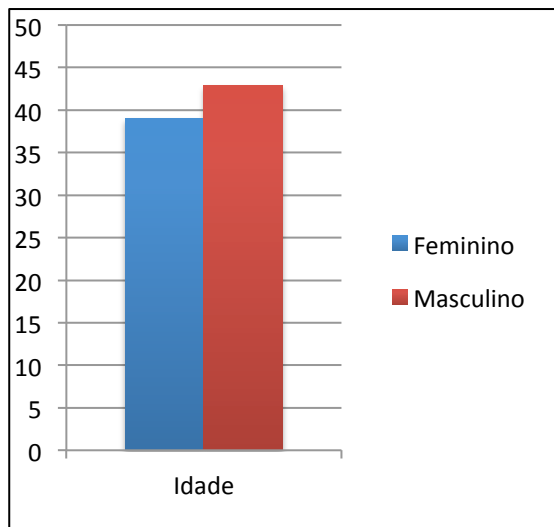


Figura 5 - Distribuição da amostra por sexo

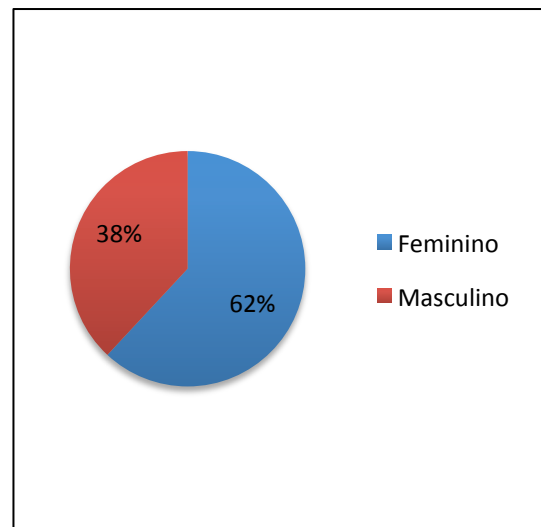


Figura 5 - Distribuição da amostra por idade

### 3.1.2.DISTRIBUIÇÃO POR SEXO, GRUPO ETÁRIO E TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL DE ACORDO COM A ESPECIALIDADE

Em relação aos médicos de MGF, 223 (63,7%) são do sexo feminino e 127(36,3%) são do sexo masculino. Quanto aos médicos com especialidades hospitalares, 117 (58,8%) são do sexo feminino e 82 (41,2%) são do sexo masculino. Ambas as especialidades são constituídas na sua maioria por mulheres mas essa diferença é mais acentuada na especialidade de MGF. Não existe evidência de uma diferença estatisticamente significativa entre as especialidades quanto ao sexo.

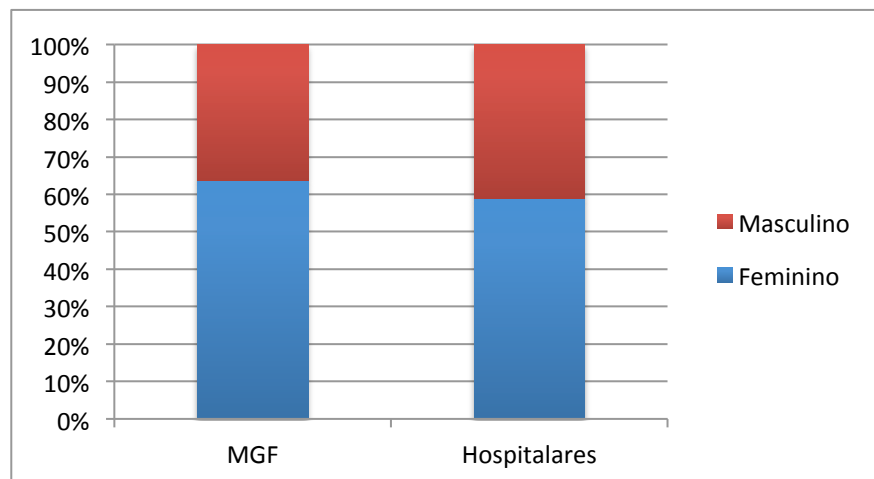


Figura 6 - Distribuição por sexo de acordo com a especialidade

Os médicos de MGF apresentaram uma média de idade de  $42,03 \pm 12,5$  anos, sendo que metade da amostra apresentou menos de 45 anos (máximo 65 anos; mínimo 24 anos). Os médicos hospitalares apresentaram uma média de idade de  $37,33 \pm 12,3$  anos, sendo que metade da amostra apresentou menos de 33 anos (máximo 70 anos; mínimo 24 anos). Quanto ao grupo etário e utilizando a divisão de médicos jovens (<45 anos) e médicos experientes ( $\geq 45$  anos), verificou-se que em relação aos médicos de MGF, 172 (49,1%) tinham menos de 45 anos e 178 (50,9%) tinham uma idade igual ou superior a 45 anos. Em relação aos médicos hospitalares, 141 (70,9%) tinham menos de 45 anos e 58 (29,1%) tinham idade igual ou superior a 45 anos, concluindo-se que os médicos hospitalares são mais jovens do que os médicos com especialidade em MGF ( $p < 0,001$ ).

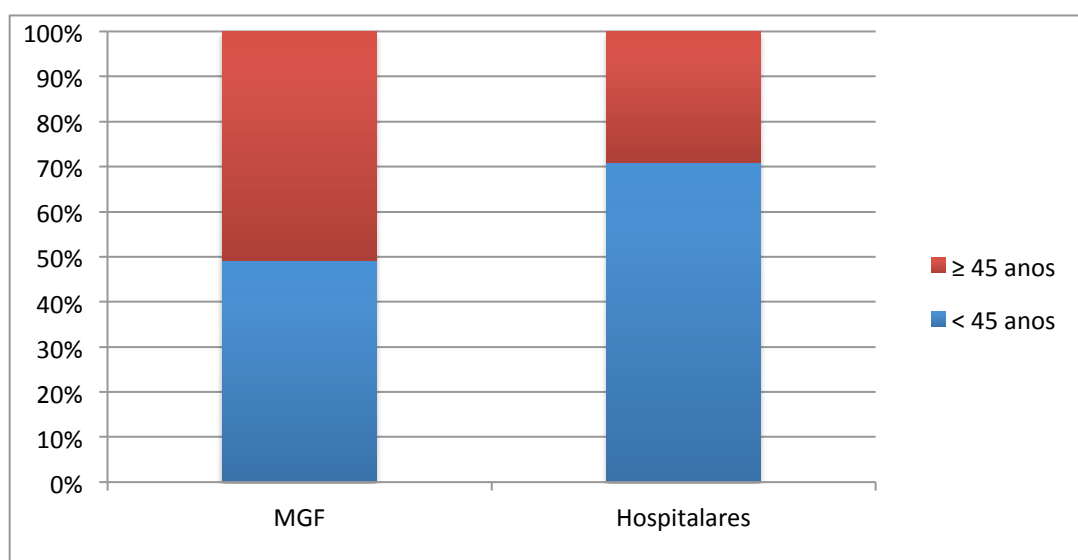


Figura 7 - Distribuição por grupo etário de acordo com a especialidade (%)

No que diz respeito aos anos de prática clínica os médicos de MGF apresentaram 43,1% de profissionais com menos de 10 anos, 7,1% com 10 a 19 anos, 31,7% com 20 a 29 e 18% com mais de 30 anos. Já o grupo dos médicos hospitalares apresentaram 54,8% de profissionais com menos de 10 anos, 14,1% com 10 a 19 anos, 16,6% com 20 a 29 e 14,6% com mais de 30 anos. Estes dados mostraram-se consistentes com o facto de os médicos hospitalares serem mais jovens e por isso terem menos anos de prática clínica.

Na tabela seguinte estão resumidos os dados apresentados anteriormente para uma mais fácil sistematização.

**Tabela 4 - Distribuição por sexo, grupo etário e tempo de experiência profissional de acordo com a especialidade**

Especialidade			
	MGF n (%)	Hospitalar n (%)	p value
Sexo			
Masculino	127 (36,3)	82 (41,2)	0,254
Feminino	223 (63,7)	117 (58,8)	
Idade			
< 45 anos	172 (49,1)	141 (70,9)	p<0,001
≥ 45 anos	178 (50,9)	58 (29,1)	
Anos de prática			
< 10 anos	151 (43,1)	109 (54,8)	p<0,001
10-19 anos	25 (7,1)	28 (14,1)	
20-29 anos	111 (31,7)	33 (16,6)	
≥ 30 anos	63 (18)	29 (14,6)	

### 3.1.3. CONSUMO DE TABACO

A prevalência de tabagismo na amostra total foi de 20,8% (IC 95%: 17,4%-24,2%): 10,9% fumadores diários, 9,8% fumadores ocasionais, 18,8% ex-fumadores e 60,5% nunca fumaram.

A prevalência de tabagismo no sexo masculino foi de 28,7% (IC 95%: 22,57%-34,83%): 15,8% fumadores diários, 12,9% de fumadores ocasionais, 23% ex-fumadores e 48,3% nunca fumaram. A prevalência de tabagismo no sexo feminino foi de 15,8% (IC 95%: 11,92%-19,68%): 7,9% fumadores diários, 7,9% de fumadores ocasionais, 16,2% ex-fumadores e 67,9% nunca fumaram. Existe evidência estatisticamente significativa de relação entre o sexo e o consumo de tabaco.

Os médicos de MGF apresentaram uma prevalência de tabagismo na ordem dos 20,6% (IC 95%: 16,36%-24,84%), 10,9% de fumadores diários e 9,7% de fumadores ocasionais, 20,6% eram ex-fumadores e 58,9% nunca fumaram.

Quanto aos médicos com especialidades hospitalares, a prevalência de tabagismo foi de 21,2% (IC 95%: 15,52%-26,88%): 11,1% de fumadores diários e 10,1% de fumadores ocasionais, 15,6% eram ex-fumadores e 63,3% nunca fumaram. Não existe evidência estatística de relação entre a especialidade e o consumo de tabaco ( $p=0,547$ ).

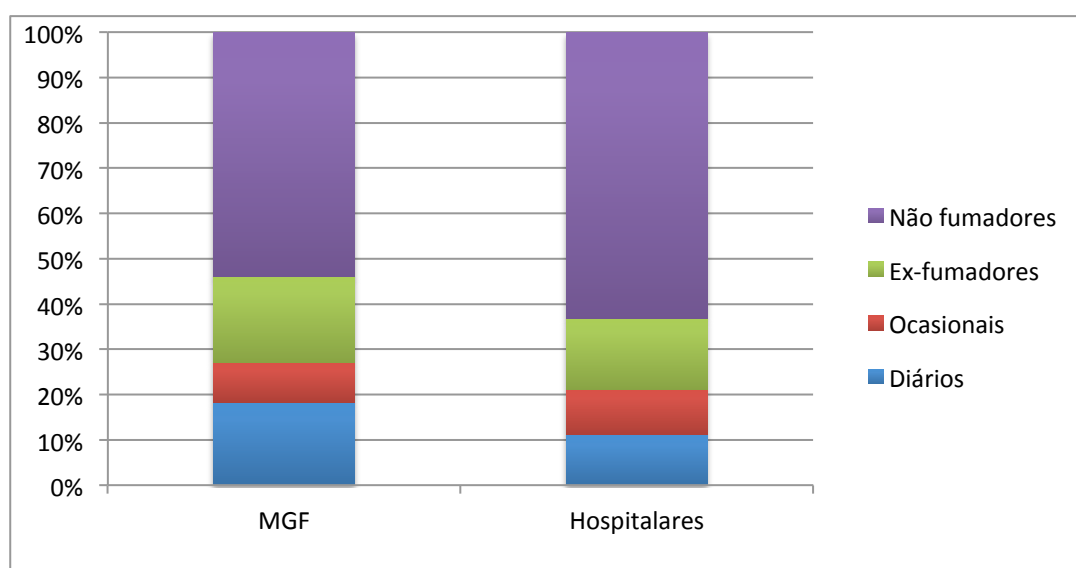


Figura 8 - Prevalência de consumo de tabaco por especialidade (%)

Em relação a tentativas para deixar de fumar, 36 (64,3%) dos médicos de MGF já tentaram deixar de fumar, enquanto 20 (35,7%) nunca fizeram qualquer tentativa. Dos médicos de especialidade hospitalar, 14 (46,7%) já fizeram pelo menos uma tentativa para deixar de fumar, enquanto 16 (53,3%) nunca fizeram nenhuma tentativa.

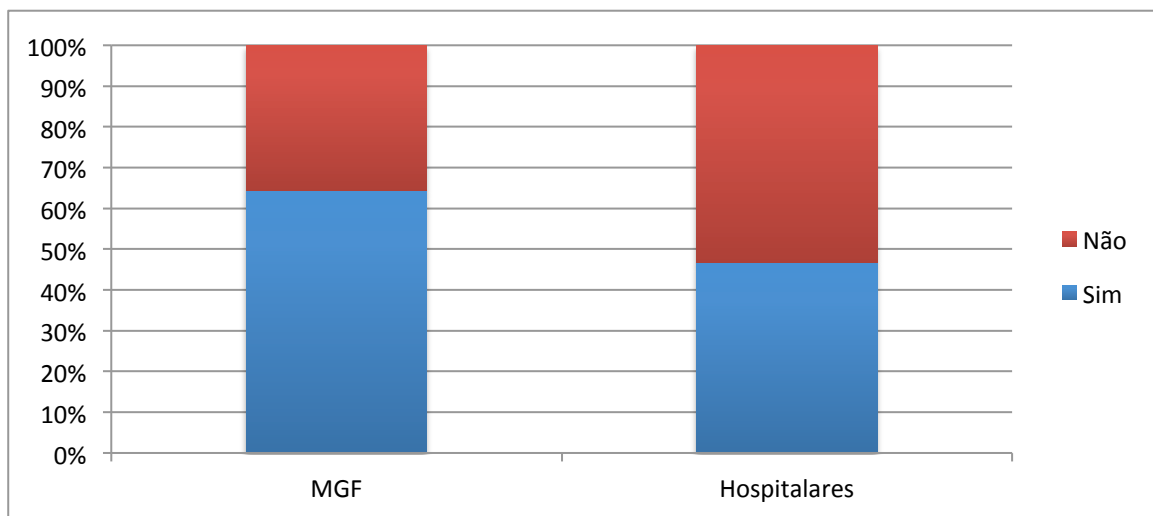


Figura 9 - Tentativas para deixar de fumar por especialidade (%)

Questionados quanto à mudança de comportamento, 23 (42,6%) dos médicos de MGF pretendem deixar de fumar, 18 (33,3%) pretendem reduzir e 13 (24,1%) não querem alterar o seu comportamento tabágico. Dos médicos de especialidade hospitalar, 12 (46,2%) querem deixar de fumar, 7 (26,9%) pretendem reduzir e 7 (26,9%) não querem alterar o seu comportamento. Existe evidência estatística da relação entre a vontade de mudar o comportamento e a especialidade médica ( $p=0,025$ ). Contudo, quando analisados através de regressão logística os dados revelam que os fatores associados à vontade de deixar de fumar são o ser fumador diário e possuir formação pós-graduada em tabagismo (>5 horas) (Ravara et al, 2014).

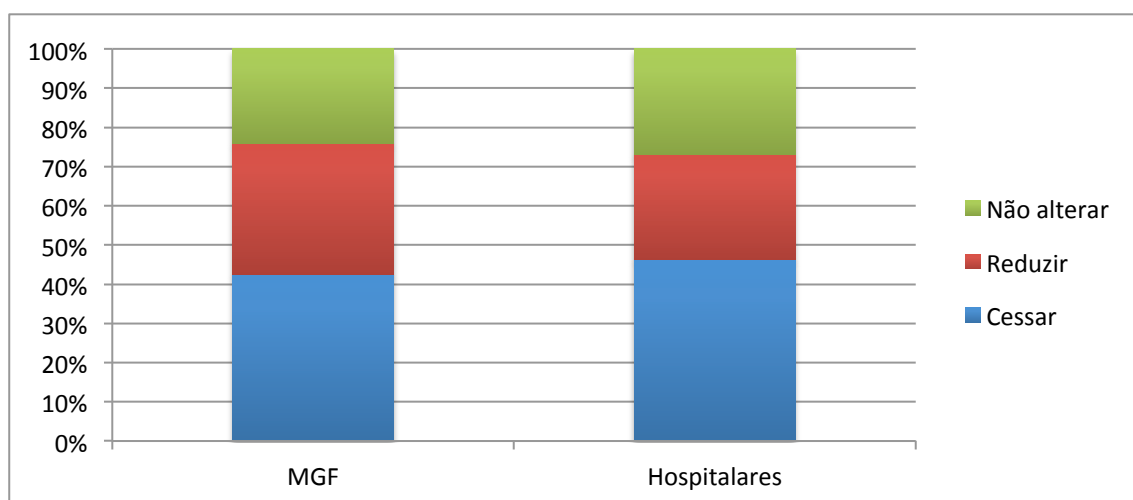


Figura 10 - Pretensão de mudança de comportamento tabágico por especialidade (%)



De realçar que na à pergunta se querem mudar o seu comportamento tabágico, 29,7% não responderam.

Quando se pergunta se acham que precisariam de ajuda profissional para deixar de fumar, no grupo dos médicos de MGF, 14 (29,8%) consideram que sim, 33 (70,2%) consideram que não. No grupo dos médicos com especialidade hospitalar, 10 (45,5%) consideram que precisariam de ajuda profissional, 12 (54,5%) pensam que não seria necessário. Também aqui existe evidência estatística de uma relação entre a necessidade de ajuda profissional e a especialidade médica. Dos médicos hospitalares, 33,3% não responderam a esta questão.

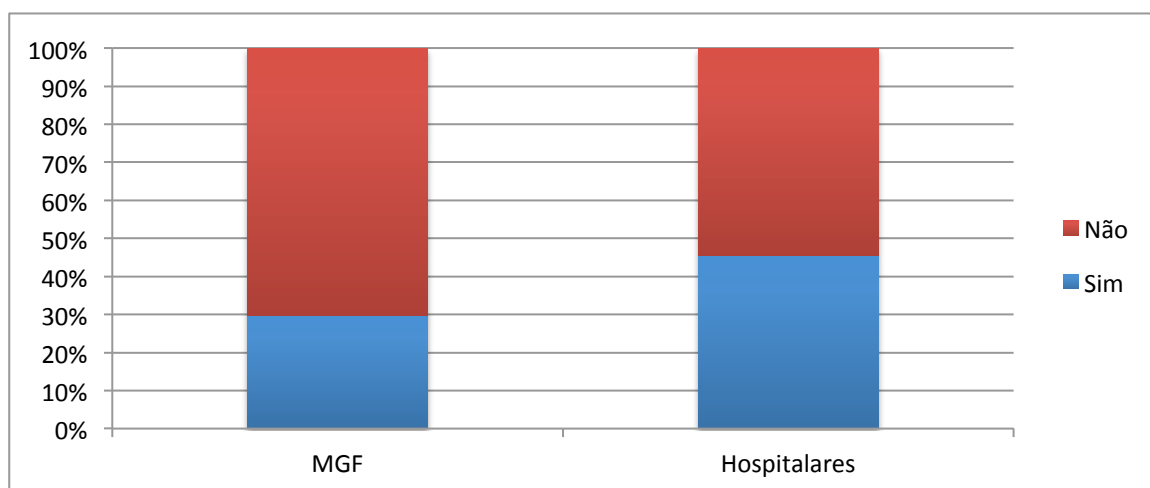


Figura 11 - Necessidade de ajuda profissional para a cessação tabágica (%)

Por fim, perguntou-se se no local onde trabalham existe ajuda profissional para deixar de fumar. No caso dos médicos de MGF, 170 (60,5%) dizem que sim, 111 (39,5%) dizem que não. No caso dos médicos de especialidade hospitalar, 70 (38%) dizem que sim, 114 (62%) dizem que não. Dos médicos de MGF, 19% não responderam a esta questão.

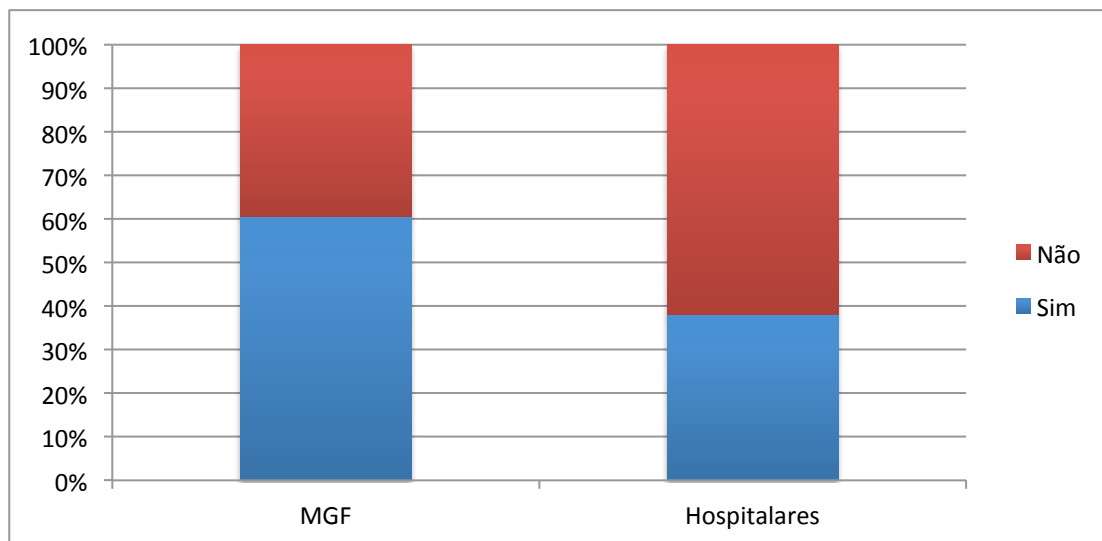


Figura 12 - Existência de apoio profissional no local de trabalho por especialidade

Na tabela seguinte estão resumidos os dados apresentados anteriormente para uma mais fácil sistematização.

Tabela 5 - Consumo de tabaco e comportamentos tabágicos de acordo com a especialidade

Especialidade			
	MGF	Hospitalar	p value
	n (%)	n (%)	
Consumo de tabaco (n=549)			
Fumador diário	38 (10,9)	22 (11,1)	0,547
Fumador ocasional	34 (9,7)	20 (10,1)	
Ex-fumador	72 (20,6)	31 (15,6)	
Não fumador	206 (58,9)	126 (63,3)	
Já tentou parar de fumar? (n=86)			
Sim	36 (64,3)	14 (46,7)	0,025
Não	20 (35,7)	16 (53,3)	
Quer mudar o comportamento? (n=80)			
Cessar	23 (42,6)	12 (46,2)	0,012
Reduzir	18 (33,3)	7 (26,9)	

Não quer alterar	13 (24,1)	7 (26,9)	
Considera que poderá precisar de ajuda profissional? (n=69)			
Sim	14 (29,8)	10 (45,5)	p<0,001
Não	33 (70,2)	12 (54,5)	
No seu local de trabalho existe ajuda profissional para deixar de fumar? (n=465)			
Sim	170 (60,5)	70 (38)	p<0,001
Não	111 (39,5)	114 (62)	

### 3.1.4.DISTRIBUIÇÃO POR FORMAÇÃO DE ACORDO COM A ESPECIALIDADE

Quanto à formação pré-graduada, 79,4% dos médicos de MGF relataram não ter recebido qualquer formação, face aos 20,6% que referiram ter tido formação. Dos médicos hospitalares, 66% não receberam formação pré-graduada, face aos 34% que tiveram formação. Os médicos de MGF têm assim menos formação pré-graduada em relação aos médicos com especialidades hospitalares ( $p<0.001$ ). A análise multivariada mostrou que a idade é a variável preditora (*Ravara et al, in press*).

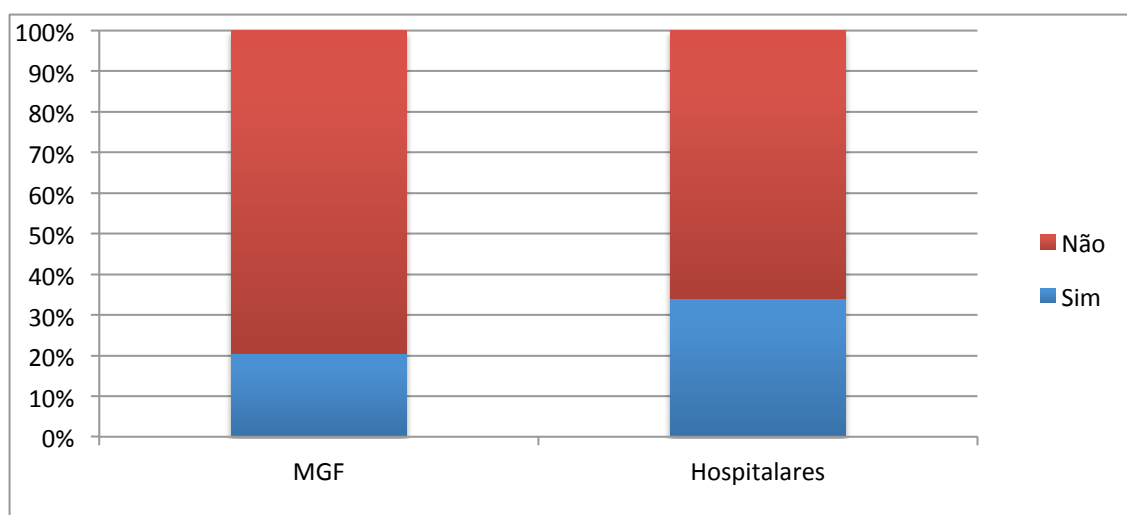


Figura 13 - Formação pré-graduada por especialidade (%)

Em relação à formação pós-graduada, 46,1% dos médicos de MGF relataram não ter recebido qualquer formação, face aos 53,9 % que referiram ter tido formação. Dos médicos hospitalares, 78,7% não receberam formação pós-graduada, face aos 21,3% que tiveram formação. Os médicos de MGF têm

assim mais formação pós-graduada em relação aos médicos com especialidades hospitalares ( $p < 0.001$ ).

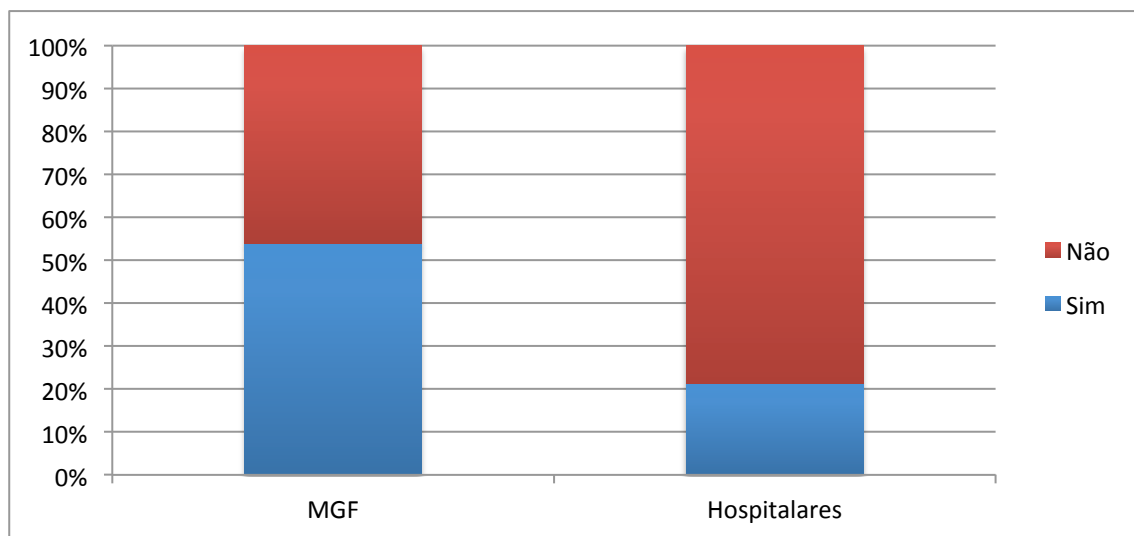


Figura 14 - Formação pós-graduada por especialidade (%)

À pergunta se no local de trabalho existe um programa de formação específica em tabagismo, 177 (60,8%) dos médicos de MGF dizem que sim, 114 (39,2%) dizem que não. Os médicos de especialidade hospitalar, 44 (24,2%) dizem que sim, 138 (75,8%) dizem que não. Existem evidência de relação entre a existência de um programa de formação específico em tabagismo e a especialidade médica, sugerindo que os médicos de MGF têm mais acesso a esse tipo de programa (Ravara et al, 2014).

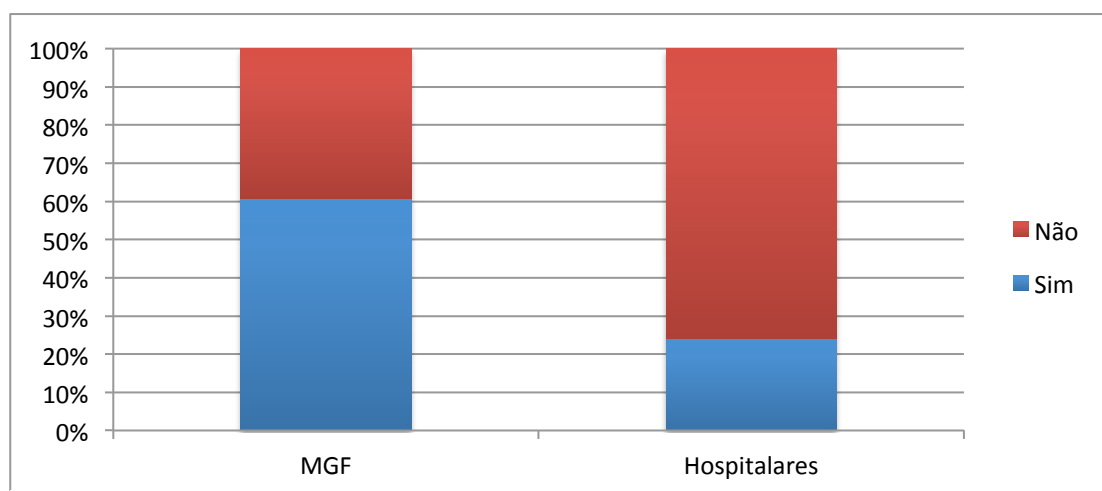


Figure 15 - Existência de um programa específico em tabagismo por especialidade (%)

Quanto ao facto de considerar que necessita de formação específica, 237 (68,1%) dos médicos de MGF consideram precisar de formação específica versus 111 (31,9%) que consideram não necessitar. Dos médicos de especialidade hospitalar, 89 (46,6%) consideram necessitar de formação e 102 (53,4%) consideram não necessitar. Existe evidência estatística de relação entre a consciência de necessidade de formação específica em tabagismo e a especialidade médica, sendo que os médicos de MGF têm mais consciência de que necessitam de formação específica.

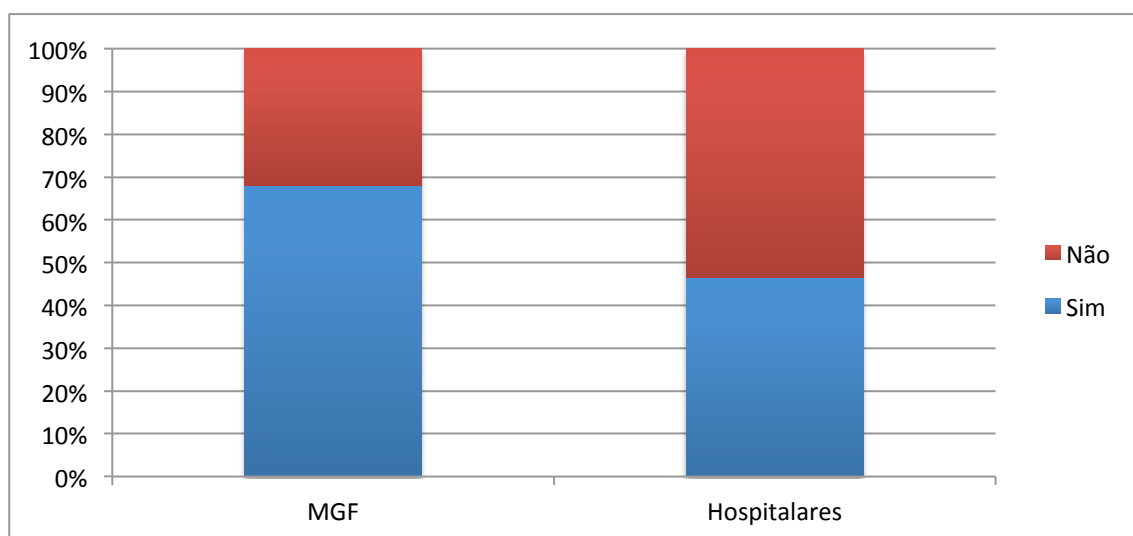


Figure 16 - Necessidade de formação específica por especialidade (%)

Tabela 6 - Formação pré e pós graduada e necessidade de formação de acordo com a especialidade

Especialidade			
	MGF	Hospitalar	p value
	n (%)	n (%)	
Formação pré-graduada (n=547)			
Sem formação	278 (79,4)	130 (66)	p<0,001
Com formação	72 (20,6)	67 (34)	
Formação pós-graduada (n=546)			
Sem formação	161 (46,1)	155 (78,7)	p<0,001
Com formação	188 (53,9)	42 (21,3)	
No local onde trabalha existe um programa de formação específica? (n=473)			
Sim	177 (60,8)	44 (24,2)	p<0,001

Não	114 (39,2)	138 (75,8)	
Considera que necessita de formação específica? (n=539)			
Sim	237 (68,1)	89 (46,6)	p<0,001
Não	111 (31,9)	102 (53,4)	

### 3.2. FREQUÊNCIA DOS PASSOS DA INTERVENÇÃO BREVE

Analisando o total da amostra em relação aos diferentes passos da intervenção breve, 455 (83,5%) responderam que abordavam acerca dos hábitos tabágicos enquanto que 90 (16,5%) disseram não abordar. Quanto a aconselhar, 465 (85,6%) médicos aconselham os seus utentes, face aos 78 (14,4%) que não aconselham. Em relação a motivar para a cessação, 364 (67,2%) referem motivar e 178 (32,8%) não motivam. Por último, 208 (38,3%) referenciam os seus utentes ao contrário dos outros 335 (61,7%) que não fazem referenciação.

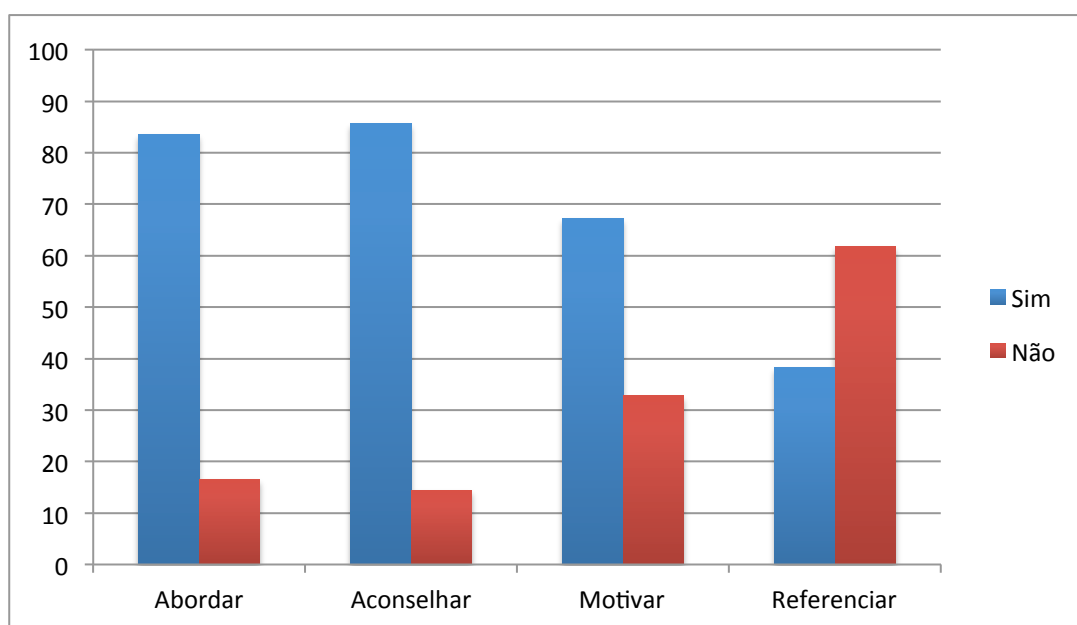


Figure 17 - Frequência dos passos de intervenção breve (%)

### 3.3. FATORES QUE INFLUENCIAM A ATUAÇÃO EM INTERVENÇÃO BREVE

Para identificar os fatores que influenciam a atuação em cada passo da intervenção breve, foi realizada uma análise bivariável para verificar quais as variáveis associadas, incluindo as estatisticamente significativas ou até  $p < 0.10$ , introduzidas à *posteriori* nos modelos de regressão logística. As tabelas seguintes são as sínteses dessa análise.

Tabela 7 - Abordagem regular e sistemática dos hábitos tabágicos

Abordar os hábitos tabágicos						
	Regularmente (n=549) ("ocasionalmente"+"sempre")			Sistematicamente (n=549) ("sempre")		
	Sim n(%)	p value	OR bruto	Sim n(%)	p value	OR bruto
Sexo						
Masculino (r)	161(77,4)	0,003	1,996	65(31,2)	0,027	1,507
Feminino	294(87,2)			137(40,7)		
Grupo etário						
< 45 anos (r)	252(81,0)	0,075	1,533	107(34,4)	0,138	1,303
≥ 45 anos	203(86,8)			95(40,6)		
Especialidade						
Hospitalares (r)	166(83,4)	0,974	1,008	89(44,7)	0,005	0,599
MGF	289(83,5)			113(32,7)		
Consumo de tabaco						
Fuma (r)	89(78,8)	0,129	1,495	40(35,4)	0,680	1,095
Não fuma	366(84,7)			162(37,5)		
Formação pré-graduada						
Não tem (r)	335(82,7)	0,446	1,233	156(38,5)	0,214	0,772
Tem	118(85,5)			45(32,6)		
Formação pós-graduada						
Não tem (r)	242 (77,1)	<0,001	3,471	108(34,4)	0,156	1,290
Tem	210(92,1)			92(40,4)		
Desempenha um papel de modelo						
Não (r)	41(87,2)	0,449	0,711	20(42,6)	0,418	0,779
Sim	408(82,9)			180(36,6)		
Participação em atividades de cessação tabágica						
Não (r)	420(82,4)	0,008	0,824	185(36,3)	0,159	1,653
Sim	33(100)			16(48,5)		

(r)- classe de referência



Tabela 8 - Aconselhamento regular e sistemático sobre cessação tabágica

Aconselhar sobre cessação tabágica						
	Regularmente (n=549) ("ocasionalmente"+"sempre")			Sistematicamente (n=549) ("sempre")		
	Sim n(%)	p value	OR	Sim n(%)	p value	OR
Sexo						
Masculino (r)	174(83,7)	0,300	1,292	78(37,5)	0,071	1,384
Feminino	291(86,9)			152(45,4)		
Grupo etário						
< 45 anos (r)	263(85,1)	0,690	1,104	115(37,2)	0,005	1,630
≥ 45 anos	202(86,3)			115(49,1)		
Especialidade						
Hospitalares (r)	156(78,8)	0,001	2,311	74(37,4)	0,075	1,383
MGF	309(89,6)			156(45,2)		
Consumo de tabaco						
Fuma (r)	90(79,6)	0,041	1,742	36(31,9)	0,011	1,758
Não fuma	375(87,2)			194(45,1)		
Formação pré-graduada						
Não tem (r)	343(84,7)	0,217	1,458	179(44,2)	0,172	0,758
Tem	121(89)			51(37,5)		
Formação pós-graduada						
Não tem (r)	249(79,3)	<0,001	4,655	114(36,3)	0,001	1,818
Tem	214(94,7)			115(50,9)		
Desempenha um papel de modelo						
Não (r)	34(72,3)	0,006	2,545	9 (19,1)	0,001	3,384
Sim	426(86,9)			218(44,5)		
Participação em atividades de cessação tabágica						
Não (r)	433(85,2)	0,166	2,685	209(41,1)	0,011	2,504
Sim	31(93,9)			21 (63,6)		

(r)- classe de referência

Tabela 9 - Motivação regular e sistemática para a cessação tabágica

Motivar para cessação tabágica						
	Regularmente (n=549) ("ocasionalmente"+"sempre")			Sistematicamente (n=549) ("sempre")		
	Sim n(%)	p value	OR	Sim n(%)	p value	OR
Sexo						
Masculino (r)	127(61,4)	0,024	1,523	49(23,7)	0,655	1,096
Feminino	237(70,7)			85(25,4)		
Grupo etário						
< 45 anos (r)	200(64,7)	0,165	1,295	61(19,7)	0,002	1,855
≥ 45 anos	164(70,4)			73(31,3)		
Especialidade						
Hospitalares (r)	110(56,1)	<0,001	2,158	46(23,5)	0,611	1,112
MGF	254(73,4)			88(25,4)		
Consumo de tabaco						
Fuma (r)	70(62,5)	0,239	1,297	22(19,6)	0,162	1,441
Não fuma	294(68,4)			112(26,0)		
Formação pré-graduada						
Não tem (r)	270(67,2)	0,920	1,021	107(26,6)	0,090	0,665
Tem	94(67,6)			27(19,4)		
Formação pós-graduada						
Não tem (r)	188(60,5)	<0,001	2,120	65(20,9)	0,019	1,598
Tem	175(76,4)			68(29,7)		
Desempenha um papel de modelo						
Não (r)	25(55,6)	0,073	1,751	6(13,3)	0,062	2,268
Sim	337(68,6)			127(25,9)		
Participação em atividades de cessação tabágica						
Não (r)	335(65,9)	0,009	3,744	118(23,2)	0,001	3,111
Sim	29(87,9)			16(48,5)		

(r)- classe de referência

Tabela 10 - Referenciação regular e sistemática para a cessação tabágica

Referenciar para cessação tabágica						
	Regularmente (n=549) ("ocasionalmente"+"sempre")			Sistematicamente (n=549) ("sempre")		
	Sim n(%)	p value	OR	Sim n(%)	p value	OR
Sexo						
Masculino (r)	69(33,2)	0,053	1,429	17(8,2)	0,381	1,311
Feminino	139(41,5)			35(10,4)		
Grupo etário						
< 45 anos (r)	101(32,7)	0,002	1,735	20(6,5)	0,005	2,289
≥ 45 anos	107(45,7)			32(13,7)		
Especialidade						
Hospitalares (r)	50 (25,8)	<0,001	2,382	13(6,7)	0,090	1,752
MGF	158(45,3)			39(11,2)		
Consumo de tabaco						
Fuma (r)	40(35,4)	0,475	1,170	9(8,0)	0,513	1,284
Não fuma	168(39,1)			43(10,0)		
Formação pré-graduada						
Não tem (r)	168(41,6)	0,007	0,568	41(10,1)	0,440	0,761
Tem	40(28,8)			11(7,9)		
Formação pós-graduada						
Não tem (r)	102(32,7)	0,002	1,760	27(8,7)	0,387	1,287
Tem	106(46,1)			25(10,9)		
Desempenha um papel de modelo						
Não (r)	12(26,7)	0,097	1,775	4(8,9)	0,851	1,108
Sim	193(39,2)			48(9,8)		
Participação em atividades de cessação tabágica						
Não (r)	186(36,5)	0,001	3,484	41(8,0)	<0,001	5,720
Sim	22(66,7)			11(33,3)		

(r)- classe de referência

Tabela 11 - Intervenção breve regular em cessação tabágica

	Intervenção breve ("abordar"+"aconselhar"+"motivar"+"referenciar")		
	Regularmente (n=549) ("ocasionalmente"+"sempre")		
	Sim n(%)	p value	OR bruto
Sexo			
Masculino (r)	48 (29,4)	0,004	1,777
Feminino	115 (70,6)		
Grupo etário			
< 45 anos (r)	79 (48,5)	0,009	1,639
≥ 45 anos	84 (51,5)		
Especialidade			
Hospitalares (r)	45 (27,6)	0,007	1,740
MGF	118 (72,4)		
Consumo de tabaco			
Fuma (r)	30 (18,4)	0,369	1,238
Não fuma	133 (81,6)		
Formação pré-graduada			
Não tem (r)	131 (80,4)	0,040	0,627
Tem	32 (19,6)		
Formação pós-graduada			
Não tem (r)	75 (46)	p<0,001	1,996
Tem	88 (54)		
Desempenha um papel de modelo			
Não (r)	10 (6,1)	0,222	1,572
Sim	153 (93,9)		
Participação em atividades de cessação tabágica			
Não (r)	142 (87,1)	p<0,001	4,424
Sim	21 (12,9)		

(r) – classe de referência

### 3.3.1. REGRESSÃO LOGÍSTICA BINÁRIA

Após a análise bivariável, segue-se a análise multivariável dos fatores associados através de modelos de regressão logística. Para sistematizar a informação serão apresentados os resultados do modelo inicial e do modelo final.

#### ABORDAR REGULARMENTE

Tabela 12 - Modelo inicial abordagem regular

Factor	aOR	IC a 95%		p value
Sexo Feminino	2,237	1,388	3,606	0,001
>45 anos	1,588	0,967	2,606	0,068
Ter formação pós-graduada	3,070	1,755	5,369	0,000
Ter prática CT	NA	NA	NA	NA

Tabela 13 - Modelo final abordagem regular

Factor	aOR	IC a 95%		p value
Sexo Feminino	2,135	1,337	3,412	0,002
Ter formação pós-graduada	3,634	2,088	6,325	<0,001

Na tabela apresenta-se o OR ajustado derivado do modelo de regressão logística ajustado para sexo (masculino/feminino), grupo etário ( $\leq 45$  anos/ $>45$  anos), formação pós-graduada (tem/não tem) e prática em CT (tem/não tem). Os fatores associados com o abordar regularmente são o sexo feminino e o ter formação pós-graduada.

## ABORDAR SISTEMATICAMENTE

Tabela 14 - Modelo inicial e final abordar sistematicamente

Factor	aOR		IC a 95%	p value
Sexo Feminino	1,557	1,077	2,251	0,019
Hospitalares	1,713	1,193	2,459	0,004

Na tabela apresenta-se o OR ajustado derivado do modelo de regressão logística ajustado para sexo (masculino/feminino) e especialidade (MGF/Hospitalares). Os fatores associados com o abordar regularmente são o sexo feminino e ter uma especialidade hospitalar.

## ACONSELHAR REGULARMENTE

Tabela 15 - Modelo inicial aconselhar regularmente

Factor	aOR	IC a 95%		p value
MGF	1,589	0,943	2,678	0,082
Não fumador	1,713	0,953	3,080	0,072
Ter formação pós-graduada	4,167	2,091	8,301	<0,001
Ser modelo	1,493	0,707	3,153	0,294

Tabela 16 - Modelo final aconselhar regularmente

Factor	aOR	IC a 95%		p value
Não fumador	1,787	1,025	3,118	0,041
Ter formação pós-graduada	4,676	2,455	8,904	<0,001

Na tabela apresenta-se o OR ajustado para especialidade (MGF/Hospitalares), consumo de tabaco (Fumador/Não fumador), formação pós-graduada (tem/não tem) e papel de modelo (Sim/Não). Os fatores associados com o aconselhar regularmente são o ser não fumador e ter formação pós-graduada.

## ACONSELHAR SISTEMATICAMENTE

Tabela 17 - Modelo inicial aconselhar sistematicamente

Factor	aOR	IC a 95%		p value
Sexo feminino	1,472	1,008	2,149	0,046
>45 anos	1,652	1,139	2,397	0,008
MGF	1,075	0,715	1,616	0,728
Não fumador	1,486	0,925	2,387	0,102
Ter formação pós-graduada	1,550	1,051	2,286	0,027
Ser modelo	2,537	1,157	5,564	0,020
Ter prática CT	1,948	0,899	4,221	0,091

Tabela 18 - Modelo final aconselhar sistematicamente

Factor	aOR	IC a 95%		p value
Sexo feminino	1,544	1,065	2,239	0,022
> 45 anos	1,635	1,139	2,346	0,008
Ser modelo	2,811	1,313	6,015	0,008
Ter formação pós-graduada	1,633	1,139	2,341	0,008

Na tabela apresenta-se o OR ajustado para sexo (masculino/feminino), grupo etário ( $\leq 45$  anos/ $>45$  anos), especialidade (MGF/Hospitalares), consumo de tabaco (Fumador/Não fumador), formação pós-graduada (tem/não tem), papel de modelo (Sim/Não) e participação em CT (sim/não). Os fatores associados com o aconselhar sistematicamente são o sexo feminino, ter mais de 45 anos, ter papel de modelo e possuir formação pós-graduada.

## MOTIVAR REGULARMENTE

Tabela 19 - Modelo inicial motivar regularmente

Factor	aOR	IC a 95%		p value
Sexo feminino	1,611	1,099	2,361	0,014
MGF	1,688	1,131	2,518	0,010
Ter formação	1,821	1,195	2,773	0,005

pós-graduada				
Ser modelo	1,310	0,689	2,494	0,410
Ter prática CT	2,223	0,747	6,615	0,151

Tabela 20 - Modelo final motivar regularmente

Factor	aOR	IC a 95%		p value
Sexo feminino	1,558	1,069	2,270	0,021
> 45 anos	1,736	1,173	2,567	0,006
Ter formação pós-graduada	1,835	1,226	2,746	0,003

Na tabela apresenta-se o OR ajustado para sexo (masculino/feminino), especialidade(MGF/Hospitalares), formação pós-graduada (tem/não tem), papel de modelo (Sim/Não) e participação em CT (sim/não). Os fatores associados com o motivar regularmente são o sexo feminino, o ter mais de 45 anos e ter formação pós-graduada.

## MOTIVAR SISTEMATICAMENTE

Tabela 21 - Modelo inicial motivar sistematicamente

Factor	aOR	IC a 95%		p value
>45 anos	1,661	1,077	2,563	0,022
Ter formação pré-graduada	0,733	0,431	1,247	0,252
Ter formação pós-graduada	1,316	0,861	2,010	0,204
Ser modelo	1,954	0,790	4,836	0,147
Ter prática CT	2,651	1,253	5,606	0,011

Tabela 22 - Modelo final motivar sistematicamente

Factor	aOR	IC a 95%		p value
> 45 anos	1,854	1,246	2,760	0,002
Prática em CT	3,070	1,492	6,315	0,002



Na tabela apresenta-se o OR ajustado para grupo etário ( $\leq 45$  anos/ $>45$  anos), formação pré-graduada (tem/não tem), formação pós-graduada (tem/não tem), papel de modelo (Sim/Não) e participação em CT (sim/não). Os fatores associados com o motivar sistematicamente são o ter mais de 45 anos e possuir prática em atividades de cessação tabágica.

## REFERENCIAR REGULARMENTE

Tabela 23 - Modelo inicial referenciar regularmente

Factor	aOR	IC a 95%		p value
Sexo feminino	1,446	0,985	2,123	0,060
>45 anos	1,418	0,951	2,112	0,086
MGF	1,755	1,149	2,680	0,009
Ter formação pré-graduada	0,719	0,452	1,146	0,166
Ter formação pós-graduada	1,300	0,876	1,931	0,193
Ser modelo	1,389	0,677	2,850	0,370
Ter prática CT	2,518	1,158	5,475	0,020

Tabela 24 - Modelo final referenciar regularmente

Factor	aOR	IC a 95%		p value
Sexo feminino	1,482	1,015	2,163	0,042
> 45 anos	1,615	1,114	2,339	0,011
MGF	1,962	1,316	2,926	0,001
Prática em CT	2,817	1,314	6,036	0,008

Na tabela apresenta-se o OR ajustado para sexo (feminino/masculino), grupo etário ( $\leq 45$  anos/ $>45$  anos), especialidade (MGF/ hospitalares), formação pré-graduada (tem/não tem), formação pós-graduada (tem/não tem), papel de modelo (Sim/Não) e participação em CT (sim/não). Os fatores associados com a referência regular são o sexo feminino, ter mais de 45 anos, ser de MGF e ter prática em atividades de cessação tabágica.

## REFERENCIAR SISTEMATICAMENTE

Tabela 25 - Modelo inicial referenciar sistematicamente

Factor	aOR	IC a 95%		p value
>45 anos	2,211	1,198	4,079	0,011
MGF	1,177	0,588	2,357	0,645
Ter prática CT	5,433	2,377	12,413	<0,001

Tabela 26 - Modelo final referenciar sistematicamente

Factor	aOR	IC a 95%		p value
>45 anos	2,280	1,252	4,151	0,007
Ter prática CT	5,690	2,545	12,724	<0,001

Na tabela apresenta-se o OR ajustado para grupo etário ( $\leq 45$  anos/ $>45$  anos), especialidade (MGF/ hospitalares) e participação em CT (sim/não). Os fatores associados à referenciação sistemática são o ter mais de 45 anos e possuir prática em cessação tabágica.

## INTERVENÇÃO BREVE REGULAR

Tabela 27 - Modelo inicial intervenção breve regular

Factor	aOR	IC a 95%		p value
Sexo feminino	1,931	1,273	2,931	0,002
>45 anos	1,534	1,006	2,337	0,047
MGF	1,132	0,723	1,771	0,587
Ter formação pré-graduada	0,753	0,457	1,240	0,265
Ter formação pós-graduada	1,695	1,116	2,575	0,013
Ter prática CT	3,248	1,505	7,011	0,003

Tabela 28 - Modelo final intervenção breve regular

Factor	aOR	IC a 95%		p value
Sexo feminino	1,979	1,308	2,995	0,001
>45 anos	1,708	1,156	2,525	0,007

Ter formação pós-graduada	1,706	1,149	2,533	0,008
Ter prática CT	3,408	1,582	7,340	0,002

Na tabela apresenta-se o OR ajustado para sexo (feminino/masculino), grupo etário ( $\leq 45$  anos/ $>45$  anos), especialidade (MGF/ hospitalares), formação pré-graduada (tem/não tem), formação pós-graduada (tem/não tem), e participação em CT (sim/não). Os fatores associados à intervenção breve regular são o sexo feminino, ter mais de 45 anos, ter formação pós-graduada e possuir prática em cessação tabágica.

## RESUMO

Analisando os diferentes modelos os fatores que se destacam nos diferentes passos da intervenção breve são:

- ser do sexo feminino (associado com o abordar regular e sistematicamente, com o aconselhamento sistemático, motivação regular e referência regular);
- ter mais de 45 anos (associado com o aconselhamento sistemático, o motivar regular e sistematicamente, e a referência regular e sistemática);
- ter formação pós-graduada (associado com abordar regularmente, aconselhar regular e sistematicamente e motivar regularmente);
- Possuir prática em atividades de cessação tabágica (associado com a motivação sistemática e com a referência regular e sistemática).

Estes quatro fatores estiveram também associados com a aplicação prática de todos os passos da intervenção breve regularmente.

### 3.4. BARREIRAS PERCEPCIONADAS À INTERVENÇÃO BREVE

Foram apresentadas quatro barreiras à intervenção breve, descritas na literatura como as mais frequentes. Para cada barreira cada médico classificou de acordo com o nível de importância atribuído a cada uma delas (nada importante, alguma importância, moderada, elevada). Na tabela seguinte, encontram-se sistematizados os resultados.

Tabela 29 - Barreiras à intervenção breve

Barreiras	Nível de importância			
	Nada importante	Alguma importância	Moderada importância	Elevada importância
Falta de tempo	48 (9,2%)	170 (32,5%)	158 (30,2%)	147 (28,1%)
Formação insuficiente	32 (6,1%)	149 (28,5%)	197 (37,7%)	144 (27,6%)
Falta de confiança na eficácia	54 (10,4%)	183 (35,3%)	193 (37,2)	89 (17,1%)
Doente não motivado	20 (3,8%)	104 (19,8%)	130 (24,7%)	272 (51,7%)

## 4. DISCUSSÃO

### 4.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

#### 4.1.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra do estudo foi maioritariamente constituída por mulheres (61,9%), o que se encontra de acordo com o descrito na literatura que sugere o predomínio do sexo feminino na classe médica (Nunes, 2011).

Os médicos de MGF são mais tendencialmente mais velhos do que os médicos hospitalares, o que tem também impacto no tempo de prática clínica, sendo os médicos de MGF mais experientes.

#### 4.1.2. CONSUMO DE TABACO

A prevalência de tabagismo na amostra total foi de 20,8% (IC 95%: 17,4%-24,2%) , o que é ligeiramente mais baixa do que a prevalência de 22% utilizada para calcular a amostra teórica (European Network for Smoking Prevention, 2002), mas é sobreponível à prevalência encontrada no estudo de 2006 que estimava a prevalência de fumadores entre médicos também em 20,5% (Costa, 2006). Em estudos mais recentes, foi obtida uma prevalência de consumo de tabaco entre médicos portugueses menor, 17%-18,9%, sugerindo um decréscimo na prevalência de consumo de tabaco nos médicos, embora continue a ser uma prevalência elevada (Nunes, 2011; Ravara et al, 2011; Ravara et al, 2014). Existe uma tendência de os médicos mais jovens terem menor prevalência de tabagismo, o que se pode justificar pelo fato de as gerações mais jovens estarem mais informadas quanto aos malefícios do tabaco (Ravara et al, 2014, Nunes, 2011).

Os médicos de MGF apresentaram uma prevalência de tabagismo de 20,6% em comparação com os médicos hospitalares que apresentam uma prevalência de 21,2%, não sendo uma diferença estatisticamente significativa. Essa diferença pode dever-se à diferença de idades, pois sabe-se que ao longo

da vida os fumadores tendem a fazer várias tentativas para deixar de fumar e que a quem deixa de fumar o tende a fazer na meia idade (Ravara et al, 2013). Esse facto também se comprova se analisarmos as tentativas para deixar de fumar por especialidade, em que 62,1% dos médicos de MGF já tentaram deixar de fumar em contraste com os 38,9% dos médicos hospitalares. Assim, sendo os médicos de MGF mais velhos existe uma maior probabilidade de alguns deles já terem abandonado o consumo.

Também quanto à vontade de deixar de fumar, os médicos de MGF têm mais vontade na cessação do que os médicos hospitalares, apesar de na sua maioria os médicos de MGF consideram não necessitar de ajuda profissional, estando os médicos hospitalares mais receptivos a essa hipótese. Os dados apontam também para uma maior proximidade dos programas de apoio à cessação tabágica nos médicos de MGF, sendo que 49% dos médicos de MGF referem ter ajuda profissional no local onde trabalho, mas apenas 36,6% dos médicos hospitalares possuem o mesmo apoio. De salientar que quer os médicos de MGF quer os hospitalares na sua maioria não possuem ou não sabem se existe ajuda profissional no seu local de trabalho. Esta é portanto uma área de atuação importante pois o apoio à cessação tabágica dos profissionais de saúde é essencial para o sucesso dos programas de cessação tabágica na população geral (Rebelo, 2004).

---

#### 4.1.3.FREQUÊNCIA DOS PASSOS DA INTERVENÇÃO BREVE

Neste estudo foram analisados os passos de uma intervenção breve na sua versão mais curta (3 A's), não estando incluídos os passos de ajudar e acompanhar, mas incluindo a motivação e a referenciação.

Quanto ao abordar sobre os hábitos tabágicos, 83,5% dos médicos referiu abordar, o que se encontra de acordo com o descrito na literatura (62 a 98%) (Stead et al, 2009; Eckert et al, 2001). No que diz respeito ao aconselhar, 85,6% dos médicos referiram aconselhar para a cessação tabágica. Este dado é interessante pois existe uma maior percentagem de médicos a reportar

aconselhamento do que a abordagem dos hábitos, o que é um dado incongruente, pois não se aconselha sem se saber se a pessoa fuma ou não. Porém, outro estudo português revelou também um maior auto-reporte do aconselhar quando comparado com o abordar (Ravara et al, 2012). Uma das leituras que poderemos fazer é o fato de este resultado ter sido confundido pelo viés de desejabilidade social, pois os médicos sabem que é esperado que eles aconselhem a deixar de fumar e que essa é uma prática fundamental. Estudos revelam que as percentagens diminuem quando se pergunta se questionam os utentes rotineiramente em todas as consultas e se aconselham a deixar de fumar (34-36%) e que é mais provável o médico fazer aconselhamento quando o doente manifesta sintomas de doenças relacionadas com o tabaco (Stead et al, 2009; Eckert et al, 2001).

Em relação a motivar para a cessação, encontramos 67,2% que afirmam motivar, o que é um valor menor do que os valores reportados de abordagem e aconselhamento. A motivação, com a técnica dos 5 R's é um passo importante para fazer com que as pessoas evoluam nos estádios de mudança de comportamento, levando-as eventualmente a um processo de cessação.

Ao analisar a referenciação, observamos que apenas 38,3% dos médicos referem referenciar as pessoas para programas de cessação tabágica, o que também está em linha com o encontrado noutros estudos, que revelam que o apesar de já existir uma grande percentagem de médicos a abordar e aconselhar, depois há um grande declínio em relação à referenciação (Pipe et al, 2009). Ao tentar perceber esse fenómeno, constatamos que os clínicos que mais referenciam os doentes são aqueles que demonstram maior interesse pelo tópico tabaco (Holtrop et al, 2008). Apesar de serem frequentemente mencionados como barreira à referenciação não existe evidência que factores do doente, como a falta de vontade de deixar de fumar ou a resistência à intervenção tenham influência. O que realmente os clínicos mencionam como motivador seria o feedback dos resultados dos doentes que referenciam, pois aumentaria a sua noção de auto-eficácia (Holtrop et al, 2008).

#### 4.1.4.FATORES ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO BREVE

Não existe apenas um fator que influencia a intervenção em cessação tabágica (Stead et al, 2009). Através da regressão logística binária foram encontrados alguns fatores com impacto nos diferentes passos da intervenção breve. De seguida iremos analisar os diferentes fatores.

##### ABORDAR

No que diz respeito à abordagem regular, os fatores que influenciam são o ser do sexo feminino e o possuir formação pós-graduada. As mulheres têm 2 vezes mais possibilidade de abordar sobre hábitos tabágicos regularmente do que os homens. Quem possui formação pós-graduada, tem 3,6 vezes mais possibilidade de abordar regularmente do que quem não possui formação pós-graduada.

Se formos analisar a abordagem sistemática, verificamos que ser do sexo feminino continua a ser um fator, sendo que as mulheres têm 1,5 vezes mais possibilidade de abordar sistematicamente do que os homens. Por outro lado, os médicos hospitalares também têm 1,7 vezes mais possibilidade de abordar sistematicamente do que os médicos de MGF.

O sexo feminino é um fator comum tanto no abordar regular como no sistematicamente, o que está de acordo com a literatura que refere que as mulheres geralmente aconselham mais e são mais participativas no que diz respeito à intervenção breve (Gunes et al, 2005; Lewis et al, 1991; Goldstein et al, 1998). Quanto à influência da especialidade os estudos são inconsistentes.

##### ACONSELHAR

No que diz respeito ao aconselhamento regular, os fatores que influenciam são ser não fumador e o possuir formação pós-graduada. Os não fumadores têm 1,8 vezes mais possibilidade de aconselhar para a cessação tabágica em comparação com os fumadores. Este fato poderá estar relacionado com o fato de os fumadores terem atitudes menos positivas em relação à cessação



tabágica e também terem a noção de que a sua intervenção, nomeadamente em termos de aconselhamento, não terá grande eficácia (Pipe et al, 2009; Gunes et al, 2005; Rebelo, 2004; Stead et al, 2009; Brotons et al, 2005). Um estudo português realizado em 2011, chegou a conclusões semelhantes: os médicos fumadores fazem menos intervenção breve e consideram possuir menor efetividade nas suas intervenções. Porém, quando intervêm não parece haver diferenças significativas entre os médicos fumadores e os não fumadores (Ulbricht et al, 2009). Quem possui formação pós-graduada, tem 3,6 vezes mais possibilidade de abordar regularmente do que quem não possui formação pós-graduada. Mais uma vez, a formação pós-graduada aparece como fator para que os médicos intervenham ao nível da intervenção breve, tendo maior peso do que o consumo de tabaco.

Quanto ao aconselhar sistematicamente, são 4 os fatores que influenciam este passo: o ser do sexo feminino, o ter mais de 45 anos, a formação pós-graduada e o considerar-se como modelo a seguir. As mulheres têm 1,5 vezes mais possibilidade de aconselhar sistematicamente, destacando mais uma vez o papel mais ativo por parte do sexo feminino. Os médicos com mais de 45 anos têm 1,6 vezes mais possibilidade de aconselhar sistematicamente, podendo revelar o efeito da experiência e também da maturidade acrescida que a idade confere. Quem possui formação pós-graduada tem 1,6 vezes mais possibilidade de aconselhar sistematicamente. Quem se considera um modelo a seguir têm 2,8 vezes mais possibilidade de aconselhar sistematicamente, tendo sido o fator com maior impacto nesta análise.

---

#### MOTIVAR

No que diz respeito a motivar regularmente, os fatores que influenciam são ser do sexo feminino, ser médico de MGF e possuir formação pós-graduada. As mulheres têm 1,5 vezes mais possibilidade de motivar regularmente do que os homens, os médicos de MGF têm 1,7 vezes mais possibilidade de motivar regularmente do que os médicos hospitalares e quem possui formação pós-graduada tem 1,8 vezes mais possibilidade de motivar regularmente para a cessação.

No entanto quando se olha para o motivar sistematicamente, surgem dois novos fatores que são a idade superior a 45 anos e a prática em atividades de cessação tabágica. Os médicos com mais de 45 anos aconselham cerca de 1,8 vezes mais do que os médicos com menos de 45 anos. Quem tem prática em atividades de cessação tabágica aconselha cerca de 3 vezes mais do que quem não participa nesse tipo de atividade. Estes dois fatores poderão indicar que para motivar a pessoa para a cessação tabágica a experiência é um grande factor a ter em conta, tanto a nível de experiência clínica em geral, como a experiência em atividades de cessação tabágica.

---

#### REFERENCIAR

Os fatores que influenciam a referenciação regular dos utentes são mais uma vez o sexo feminino, o ter mais de 45 anos, ser médico de MGF e ter prática em atividades de cessação tabágica. Quem é do sexo feminino referencia cerca de 1,5 vezes mais do que os do sexo masculino. Quem tem mais de 45 anos tem 1,6 vezes mais possibilidade de referenciar do que os mais jovens. Os médicos de MGF referenciam cerca de 2 vezes mais do que os médicos hospitalares. Por fim, e o factor com maior impacto foi a experiência em atividades de cessação tabágica em que quem tem prática referencia cerca de 3 vezes mais.

Olhando para os fatores que influenciam a referenciação sistemática, a idade e a prática em cessação tabágica voltam a ser fatores a considerar. Os mais médicos com mais de 45 anos referenciam sistematicamente 2 vezes mais do que os mais jovens. Na referenciação sistemática, a prática em cessação tabágica tem um peso elevado, em que os médicos que referem ter prática têm 5,6 vezes mais possibilidade de referenciar os seus utentes.

Ao contrário do que foi encontrado na literatura, o consumo de tabaco não foi identificado como fator principal para a referenciação quer regular quer sistemática (Pipe et al, 2009).

---

## INTERVENÇÃO BREVE

Os fatores que influenciam realização regular da intervenção breve simplificada na totalidade são mais uma vez o sexo feminino, o ter mais de 45 anos, possuir formação pós-graduada e ter prática em atividades de cessação tabágica. Quem é do sexo feminino atua cerca de 2 vezes mais do que os do sexo masculino. Quem tem mais de 45 anos tem 1,7 vezes mais possibilidade de intervir do que os mais jovens. Os médicos que possuem formação pós-graduada atuam cerca de 1,7 vezes mais do que os médicos que não têm. Por fim, e o factor com maior impacto foi a experiência em atividades de cessação tabágica, em que quem tem prática refere intervir cerca de 3,4 vezes mais.

---

## EM SÍNTESE

Os fatores com mais impacto na intervenção breve por parte dos médicos são o ser do sexo feminino, ter mais de 45 anos, possuir formação pós-graduada e ter prática em atividades de cessação tabágica. Um estudo recente confirma que as mulheres e quem tem 10 a 19 anos de prática clínica possui atitudes mais positivas em relação à cessação tabágica (Nunes, 2011).

O sexo feminino tem um papel mais ativo em todas as fases da intervenção breve, sendo também o grupo maioritário na comunidade médica. A idade também é um fator importante, sendo os mais experientes mais intervenientes tendo atitudes mais positivas em relação à cessação tabágica. Porém, estes dois fatores não são manipuláveis pois não conseguimos intervir a nível do género e da idade, apesar de devermos ter em conta estes fatores ao implementarmos programas de intervenção ajustados a grupos alvo.

Os dois fatores modificáveis em que se pode atuar com precisão são a formação e a prática em cessação tabágica.

A formação aparece assim como fator prioritário (Stead et al, 2009), sendo urgente trabalhar em estratégias para disseminar as ações de formação a todos os profissionais de saúde. Quanto mais formação e treino os profissionais de saúde tiverem na intervenção em cessação tabágica mais

intervêm na prática e têm atitudes mais positivas em relação à intervenção em cessação tabágica (Vogt et al, 2005; Stead et al, 2009). Porém, o número de profissionais com treino ainda é baixo (Stead et al, 2009). Neste estudo os dados demonstraram esse déficit de formação, em que apenas 53,9% dos médicos de MGF e 21,3% dos médicos hospitalares tiveram formação pós-graduada. Também na formação pré-graduada se assiste a uma situação semelhante com apenas 20,6% dos médicos de MGF e 34% dos médicos hospitalares a referir possuir formação. Estes números sugerem que os médicos de MGF têm mais formação complementar, talvez devido ao esforço da DGS e das ARS por dinamizar cursos de formação com foco nos profissionais dos cuidados de saúde primários. Por outro lado, o facto dos médicos hospitalares terem mais formação pré-graduada do que os médicos de MGF, pode ter a ver com a diferença de idades e por nos últimos anos ter começado a existir alguma formação sobre tabagismo nos cursos de medicina (Ravara et al, *in press*). Resultados semelhantes, a apontar para o déficit de formação dos médicos portugueses, foram encontrados num estudo recente em que cerca de metade dos médicos admitiu não ter tido formação teórica na área de cessação tabágica (Nunes, 2011).

Por outro lado, apesar de alguns terem formação, muitos médicos referem não ter conhecimentos sobre as técnicas e tratamentos em cessação tabágica (Stead et al, 2009). Urge assim a necessidade de implementação de programas de formação dirigidos tanto a médicos dos cuidados de saúde primários, como dos médicos hospitalares e outros profissionais de saúde, bem como a inserção de módulos de prevenção e controlo do tabagismo nos currículos dos cursos médicos. O facto de possuir formação em cessação tabágica contribui para aumentar o grau de importância atribuído ao consumo de tabaco (Nunes, 2011) O outro fator é a prática, os médicos que intervêm mais em intervenção breve têm mais confiança nas suas práticas em tabagismo (Gunes et al, 2005). Cerca de 81% dos médicos portugueses refere não ter prática em atividades de cessação tabágica (Nunes, 2011).

Como os dados sugerem, a formação é um fator decisivo na intervenção breve, mas deverá ser complementada com a prática em cessação tabágica para que

haja desenvolvimento de competências chave. A formação prática está associada a atitudes mais positivas face à cessação tabágica e a uma percepção de autoeficácia mais elevadas (Nunes, 2011). Ao implementar novos planos de formação, deverão ser incluídos períodos de formação prática, de forma a que seja possível adquirir competências e ferramentas, que aumentem a autoconfiança e a autoeficácia dos clínicos. Este pode ser um fator chave para a implementação da intervenção breve com sucesso combatendo duas das barreiras mais mencionadas, a formação insuficiente e a falta de confiança na eficácia da intervenção.

#### 4.1.5. BARREIRAS À INTERVENÇÃO BREVE

Os médicos atribuem muita importância à motivação do doente (51,7%), sendo a principal barreira identificada por eles. Isso faz com que se tenha de agir no sentido de armar os profissionais com ferramentas que permitam aumentar a motivação do doente, sem causar dano na relação médico-doente.

A falta de tempo e a falta de formação aparecem logo a seguir, como valores similares, sendo que a maioria dos médicos as classificam como barreiras com moderada a elevada importância.

Por último, a falta de confiança na eficácia aparece com um nível de importância menor, mas menos assim 54,3% dos médicos inquiridos acham que esta barreira possui uma moderada a elevada importância.

Daqui se conclui que os médicos portugueses concordam e valorizam as barreiras identificadas nos diversos estudos já publicados e que devemos tentar contornar e/ou resolver estas barreiras nos programas de implementação de intervenção breve.

#### 4.2. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo foi baseado no autopreenchimento de um inquérito por parte de médicos que participaram em duas conferencias médicas distintas, sendo a amostra não probabilística. Por esse motivo, teremos de ter em conta algumas limitações neste estudo, nomeadamente na extrapolação dos resultados, pois a

melhor forma de garantir a representatividade da população é utilizando uma amostra probabilística (Aguiar, 2007).

O primeiro viés a considerar é o viés de seleção. É necessário considerar que as atitudes e os comportamentos de interesse para o estudo estão diretamente relacionados com a vontade de participar no estudo (Barclay, 2002). O facto de o estudo ter sido realizado em duas conferências médicas pode ter alguma influência pois à partida são médicos que têm interesse pela participação em ações de formação contínua. Também se deve ter em conta que ao ser um estudo transversal não poderemos inferir causalidade.

Outro viés a considerar é o de não resposta, que depende essencialmente de dois fatores: a percentagem de não resposta e a diferença existente entre não-respondedores e população de estudo. Neste caso a taxa de resposta obtida (63,7%) podendo considerar-se boa de acordo com o encontrado noutros estudos semelhantes (Nardini, 1998; Barclay, 2002).

Por outro lado, o fato de ser auto-preenchimento e de lhes ter sido dada garantia de anonimado faz com que exista uma maior veracidade nas respostas contrapondo com outros métodos como a observação direta ou a entrevista, sendo que os inquéritos permitem uma maior recolha de informação em termos quantitativos, com menor dispêndio de recursos (Nunes, 2011).

Contudo, embora seja garantido o anonimato continuamos a ter de contar que, por serem dados auto-reportados, as práticas estarão com certeza sobre-estimadas, devido ao peso da desejabilidade social (Nunes, 2011).

## 5. CONCLUSÕES

Os esforços para o controlo e prevenção da epidemia tabágica continuam a ser nos dias de hoje uma prioridade em Saúde Pública, tanto pelos efeitos na saúde dos indivíduos como das comunidades, a curto e a longo-prazo. Atuar no tabagismo é atuar de uma forma concertada na prevenção das principais doenças crónicas e causas de morte.

A intervenção breve é uma medida elencada em todas as *guidelines* de cessação tabágica, como sendo custo-efetiva mas ressaltando o facto de ter de ser uma medida implementada a larga escala. A intervenção breve é simples, prática e pode ser efetuada por qualquer profissional de saúde em qualquer lugar do mundo, menos com escassos recursos.

Os profissionais de saúde são peças essenciais para que os programas de controlo e prevenção do tabagismo tenham sucesso. Porém, a sua atuação, nomeadamente no que diz respeito à intervenção breve, fica muito aquém do esperado. As atitudes pouco positivas face à cessação tabágica bem como os seus próprios comportamentos (especialmente o consumo de tabaco) são barreiras que terão de ser ultrapassadas para a efetiva implementação de programas de cessação tabágica. Os profissionais de saúde têm de começar a assumir a responsabilidade de agir sobre o tabagismo, pois o não agir deverá constituir uma má prática clínica.

Para isso, e após toda a análise feita poderemos retirar algumas conclusões chave:

- A prevalência de tabagismo na classe médica é ainda muito elevada. Deverão ser implementados programas dirigidos para os profissionais de saúde, assim como campanhas que estimulem e realcem a importância da cessação tabágica.
- A aposta na formação é a chave para atitudes mais positivas e, consequentemente uma participação mais ativa na prevenção e cessação tabágica. A formação deverá ser implementada tanto a nível pré-graduado como pós-graduado e abranger tanto médicos de MGF

como médicos das diferentes especialidades hospitalares. É importante que se passe a mensagem que a responsabilidade de atuar no tabagismo não é apenas do médico de MGF ou de especialistas que lidem com doenças relacionadas com o tabaco, mas sim de todos os profissionais de saúde.

- A formação teórica não chega. A formação teórica deverá ser complementada com estágio em unidades de intervenção intensiva, pois a prática em cessação tabágica é um fator determinante para a aquisição de competências. Médicos com prática sentem-se mais confiantes para atuar e desenvolvem atitudes mais positivas face à intervenção breve.

No futuro, será importante apostar numa monitorização das práticas em cessação tabágica, utilizando populações representativas que permitam ver a evolução ao longo do tempo. Por outro lado, estudos recentes apontam para a grande contribuição que os sistemas de informação podem ter para o suporte da prática clínica guiando os médicos na intervenção breve, diminuindo barreiras como o tempo ou a falta de confiança.



## 6. BIBLIOGRAFIA

AFONSO, A; NUNES, C. – Estatística e probabilidades. Lisboa: Escolar Editora, 2011.

AGUIAR, P. – Guia prático Climepsi de estatística em investigação epidemiológica: SPSS, Lisboa: Climepsi editores, 2007.

ALZOUBI, KH; AZAB, M; KHABOUR, OF; AL-SHAMAILA, AW; AYOUB, NM; AL-OMIRI, MK; AL-NASSER, AD; MHAIDAT, NM; AL-AZZAM, SI – Smoking cessation practice guidelines: awareness and implementation among medical teams. International Journal of Pharmacy Practice. [em linha] vol. 18, nº2 (2010) p. 93-99. [consult. 7 de Junho de 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20441118>

AVEYARD, P; WEST, R – Managing smoking cessation. BMJ. [em linha] vol. 335 (2007) p.37-41. [consult. 4 de Junho de 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1910650/>

AVEYARD, P; BEGH, R; PARSONS, A; WEST, R – Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer assistance. Addiction [em linha]. vol. 107 (2011) p. 1066-1073. [consult. a 4 de Junho de 2014]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2011.03770.x/full>

BABBIE, ER - Survey Research Methods, 2ª edição. EUA: Wadsworth, 1990.

BALSA, C; VITAL C, URBANO C – III Inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa: relatório preliminar 2012. [em linha] Lisboa. Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa. (2013) [consult. 6 de Junho de 2014]. Disponível em: [http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD\\_ESTUDOS/Attachments/135/Relatório\\_Preliminar.pdf](http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/135/Relatório_Preliminar.pdf)

BARCLAY, S.; TOOD, C.; FINLAY, I.; GRANDE, G; WYATT, P – Not another questionnaire: Maximizing the response rate, predicting non-response and assessing non-response bias in postal questionnaire studies of GP's. Family Practice [em linha]. Vol.10, nº1 (2002), p.105-110. [consult. 23 de Maio de 2014]. Disponível em: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/19/1/105.long>

BARREIRA, E.; GOMES, F.; CUNHA, L. – Atitudes face ao tabagismo: hábitos

tabágicos e o papel dos profissionais de saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*. [em linha]. Vol.8, nº2 (2007), p. 197-207. [consult. 23 de Maio de 2014]. Disponível em: [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862007000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862007000200004&script=sci_arttext)

BORGES, A; MARQUES, F; LIMA, J; COSTA, L; GONÇALVES, P; FERNANDES, R; GONÇALVES, N – Hábitos tabágicos em alunos do 6º ano de Medicina e medidas anti-tabágicas. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. [em linha] vol. 14, nº 2 (2008) p. 219-230 [consult. 6 de Junho de 2014]. Disponível em: [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0873-21592008000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0873-21592008000300005&script=sci_arttext)

BORGES, M; GOUVEIA, M; COSTA, J; PINHEIRO, LS; PAULO, S; CARNEIRO, AV - Carga de doença atribuível ao tabagismo em Portugal. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. [em linha] vol. 15, nº 6 (2009) p. 951-1004. [consult. 7 de Junho de 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/pne/v15n6/v15n6a01.pdf>

BROTONS, C; BJÖRKELUND, C; BULC, M; CIURANA, R; GODYCKI-CWIRKO, M; JURGOVA, E; KLOPPE, P; LIONIS, C; MIERZECKI, A; PIÑEIRO, R; PULLERITS, L; SAMMUT, M; SHEEHAN, M; TATARADZE, R; THIREOS, E; VUCHAK, J – Prevention et health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Preventive Medicine* [em linha] vol. 40 (2005) p. 595-601. [consult. 6 de Junho de 2014]. Disponível em: [www.elsevier.com/locate/ypmed](http://www.elsevier.com/locate/ypmed)

CARREIRA, H; PEREIRA, M; AZEVEDO, A; LUNET, N – Trends in the prevalence of smoking in Portugal: a systematic review.[em linha] *BMC Public Health*.vol.12 (2012) [consult. 21 de Julho de 2014]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/958>

COSTA, AD - Tabagismo em médicos e enfermeiros da cidade do Porto: motivação para deixar de fumar e grau de dependência tabágica. [em linha] *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Vol. 22, nº 1 (2006) p.27-38. [consult. 9 de Junho de 2014]. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10206&path%5B%5D=9942>

DJALALINIA, S; TEHRANI, FR; MALEKAFZALI, H; DOVVOM, MR; NEOT, R; PEYKARI, N – Training of general practitioners about smoking cessation counseling. *J*

Pak Med Assoc. [em linha]. Vol. 61, nº5 (2011) p. 449-452. [consult. 8 de Junho de 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22204177>

DOLL, R; PETO, R; BOREHAM, J; SUTHERLAND, I – Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ [em linha]. 2004. [consult. 23 de Maio de 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC437139/?tool>. doi: 10.1136/bmj.38142.554479.AE

ECKERT, T; JUNKER, C – Motivation for smoking cessation: what role do doctors play? Swiss Med Wkly. [em linha]. vol. 131 (2001) p.521-526. [consult. a 4 de Junho de 2014]. Disponível em: [www.smw.ch](http://www.smw.ch)

ENSP – General Practitioners Empowerment (Phase II). Framework Project 2001-2002. Summary of final reports. [em linha] European Network for Smoking Prevention (2003). [consult. a 4 de Junho de 2014]. Disponível em: [www.ensp.org](http://www.ensp.org)

ERIKSEN, M; MACKAY, J – The tobacco atlas. 1ªed. Geneva: World Health Organization, 2002. ISBN: 9241562099

FDI / WHO - Tobacco or oral health: an advocacy guide for oral health professionals [em linha]. France and UK: Beaglehole RH and Benzian HM; FDI World Dental Federation, Ferney Voltaire, 2005. [consult a 23 de Maio de 2014]. Disponível em: <http://www.ond.pt/noticias/2012/05/tabacosaudeoral.pdf>

FIORE, MC; BAKER, TM – Editorial: Smoking cessation treatment and the good doctor club. American Journal of Public Health. [em linha]. Vol. 85, nº 2 (1995) p. 161-163 [consult. 7 de Junho de 2014]. Disponível em: <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.85.2.161>

FIORE MC, JAÉN CR, BAKER TB, et al - Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. [em linha] Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. (2008) [consult. a 4 de Junho de 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>

GOLDSTEIN, MG; DEPUE, JD; MONROE, AD; LESSNE, CW; RAKOWSKI, W; PROKHOROV, A – A population-based survey of physician smoking cessation counseling practices. Preventive Medicine. [em linha] vol. 27, nº 5 (1998) p.720-729.

[consult. 8 de Junho de 2014]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743598903504>

GUNES, G; KARAOGLU, L; GENC, MF; PEHLIVAN, E; EGRI, M – University hospital physicians' attitudes and practices for smoking cessation counseling in Malatya, Turkey. Patient Education and Counseling. [em linha] Vol.56 (2005) p.147-153. [consult. a 4 de Junho de 2014]. Disponível em: [www.elsevier.com/locate/pateducou](http://www.elsevier.com/locate/pateducou)

HOLTROP, JS; MALOUIN, R; WEISMANTEL, D; WADLAND, WC – Clinical perceptions of factors influencing referrals to a smoking cessation program. BMC Family Practice [em linha]. Vol. 9, nº18 (2008) [consult. 3 de Junho de 2014]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/9/18>

JHA, P; PHIL, D; PETO, R – Global effects of smoking, of quitting and of taxing tobacco. The New England Journal of Medicine. [em linha]. vol. 370, nº1 (2014). [consult. 6 de Junho de 2014]. Disponível em: [www.nejm.org](http://www.nejm.org)

LEWIS, CE; CLANCY, C; LEAKE, B; SCHWARTZ, JS – The counseling practices of internists. [em linha] vol. 114 (1991) p.54-58. [consult. 8 de Junho de 2014]. Disponível em: <http://annals.org/article.aspx?articleid=704371>

LITT, J – Smoking and GPs: time to cough up. Australian Family Physician. [em linha] vol. 34. Nº6 (2005). [consult. 7 de Junho de 2014]. Disponível em: <http://www.racgp.org.au/afp/200506/4778>

LOPEZ, AD; COLLISHAW, NE; PIHA, T – a descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. [em linha]. Vol. 3 (1994) p.242-247. [consult. 7 de Junho de 2014]. Disponível em: <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/3/3/242.full.pdf+html>

MACEDO, M; PRECIOSO, J – O papel dos médicos (e outros profissionais de saúde) no controlo da epidemia tabágica e da morbimortalidade a ela associada. Revista Portuguesa de Saúde Pública [em linha]. vol.22, nº2 (2004) [consult. 5 de Junho de 2014]. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/2-08-2004.pdf>

MCEWEN, A; WEST, R; PRESTON, A – Triggering anti-smoking advice by GPs: mode of action of an intervention stimulating smoking cessation advice by GPs. Patient Education and Counseling. [em linha] vol. 62 (2006) p.89-94. [consult. 8 de Junho de 2014]. Disponível em: [www.elsevier.com/locate/pateducou](http://www.elsevier.com/locate/pateducou)

MCROBBIE, H – Tobacco dependence treatment guidelines: time for a change? *Addiction*. [em linha] vol. 108 (2013) p.1355-1356. [consult. 7 de Junho de 2014]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.12264/abstract>

MEYER, C; ULBRICHT, S; BAUMEISTER, SE; SCHUMANN, A; RUGE, J; BISCHOF, G; HANS-JURGEN, R; JOHN, U – Proactive interventions for smoking cessation in general medical practice: a quasi-randomized controlled trial to examine the efficacy of computer-tailored letters and physician-delivered brief advice. *Addiction*. [em linha] vol. 103 (2007) p. 294-304. [consult. 7 de Junho de 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2253708/>

MINISTRY OF HEALTH – New Zealand Smoking Cessation Guidelines. [em linha] Wellington: Ministry of Health, 2007. ISBN: 978-0-478-1970-7. [consult. 24 de Julho de 2014]. Disponível em: [www.moh.govt.nz](http://www.moh.govt.nz)

MS. DGS (1) – Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012-2016.[em linha] Lisboa: Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde, Janeiro de 2013 [consultado a 28 de Janeiro de 2013]. Disponível em: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

MS.DGS – Cessação Tabágica – Programa-tipo de actuação. Circular normativa nº 26/DSPPS de 28/12/2007 [em linha] Lisboa: Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde, Dezembro de 2007 [consultado a 4 de Junho de 2014]. Disponível em: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

MS.DGS – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: Normas de Boas Práticas na Cessação Tabágica. Circular Informativa nº51/DSPCD de 28/12/2009 [em linha] Lisboa: Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde, Dezembro de 2009 [consultado a 24 de Julho de 2014]. Disponível em: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

MS.DGS (2) – Portugal: Prevenção e controlo do tabagismo em números 2013. [em linha] Lisboa: Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo, Direção Geral da Saúde, Ministério da Saúde, 2013. [consult. 7 de Junho de 2014]. Disponível em: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

NARDINI S, BERTOLETTI R, RASTELLI V, DONNER CF – The influence of personal tobacco smoking on the clinical practice of Italian chest physicians. *Eur Resp J*. [em linha] Vol. 6, nº 12 (1998), p.1450-1453 [consult. 4 de Junho de 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9877508>

NUNES, E – Aconselhamento médico na prevenção da doença e promoção da saúde: análise a propósito do consumo do tabaco. Tese de doutoramento [em linha] (2011). Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa [consult. 7 de Junho de 2014]. Disponível em: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/10183/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Emilia%20Nunes.pdf>

NUNES, E – Consumo de tabaco: efeitos na saúde. Revista Portuguesa de Clínica Geral. [em linha] vol. 22 (2006) p.225-244. [consult. 6 de Junho de 2014]. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10231>

OECD – Health at Glance. Paris: OECD, 2012

PETO, R; LOPEZ, ADJ; BOREHAM, JAD; THUN, M – Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. [em linha] (2006) [consult. 7 de Junho de 2014]. Disponível em: <http://www.ctsu.ox.ac.uk/research/mega-studies/mortality-from-smoking-in-developed-countries-1950-2010>

PIPE, A; SORENSEN, M; REID, R – Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: an international survey. Patient Education and Counselling. [em linha] vol. 74 (2009) p. 118-123. [consult. 6 de Junho de 2014]. Disponível em: [www.elsevier.com/locate/pateducou](http://www.elsevier.com/locate/pateducou)

PRECIOSO, J; CALHEIROS, J; PEREIRA, D; CAMPOS, H; ANTUNES, H; REBELO, L; BONITO, J – Estado atual e evolução da epidemia tabágica em Portugal e na Europa. Acta Médica Portuguesa [em linha] vol. 22 (2009) p. 335-348. [consult. 7 de Junho de 2014]. Disponível em: [www.actamedicaportuguesa.com](http://www.actamedicaportuguesa.com)

RAVARA, SB – The role of Health Care Professionals in tobacco control. Tese de doutoramento (2014). Universidade da Beira Interior.

RAVARA, SB; CALHEIROS, JM; AGUIAR, P; TABORDA-BARATA, L – Deliverery and recording of smoking cessation advice in a Portuguese teaching hospital: the need for a systemic approach. Journal of Substance Use. [em linha]. Vol. 17, nº4 (2012) p. 311-322. [consult. 10 de Junho de 2014]. Disponível em: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/14659891.2012.685792>

RAVARA, SB; CALHEIROS, JM; AGUIAR, P; TABORDA-BARATA, L – Smoking behavior predicts tobacco control attitudes in a high smoking prevalence hospital: a

cross-sectional study in a Portuguese teaching hospital prior to the national smoking ban. BMC Public Health. [em linha] vol. 11, nº720 (2011). [consult. 10 de Junho de 2014] . Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/720>

RAVARA, SB; CASTELO-BRANCO, M; AGUIAR, P; CALHEIROS, JM – Are physicians aware of they role in tobacco control? A conference-based survey in Portugal. BMC Public Health. (2014) In press

RAVARA, SB; CASTELO-BRANCO, M; AGUIAR, P; CALHEIROS, JM – Smoking behavior trends among Portuguese physicians: are they role models? A conference-based survey. [em linha]. Vol. 108, nº 1 (2014). [consult. 10 de Junho de 2014]. Disponível em: [http://www.publichealthjrnل.com/article/S0033-3506\(13\)00285-0/abstract](http://www.publichealthjrnل.com/article/S0033-3506(13)00285-0/abstract)

REBELO, L – Intervenção breve no paciente fumador: aplicação prática dos “5 A’s” e dos “5 R’s”. Revista Portuguesa de Clínica Geral. [em linha]. Vol. 27 (2011) p. 356-361. [consult. 7 de Junho de 2014]. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10872>

REBELO, L – O médico de família e a dependência tabágica: Uma oportunidade de ouro para intervir na qualidade de vida do paciente. Revista Portuguesa de Clínica Geral. [em linha] vol, 20 (2004) p. 75-84. [consult. 6 de Junho de 2014]. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10011>

RIBEIRO, R; PEREIRA, J; MATOS, M; AUGUSTO, A – Neoplasia maligna do pulmão e hábitos tabágicos: abordagem epidemiológica. Farmacovigilância. [em linha]. Vol. 20, nº1 (2002) p.45-59. [consult. 25 de Julho de 2014]. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-05-2002.pdf>

RICHMOND, RL – Physicians can make a difference<sup>1</sup> with smokers: evidence-based clinical approaches. Int J Tuberc Lung Dis. [em linha] vol. 3,nº2 (1999) p. 100-112. [consult.6 de Junho de 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10091874>

RUSSEL, MAH; WILSON, C; TAYLOR, C; BAKER, CD – Effect of general practitioners' advice against smoking. [em linha]. Vol. 2 (1979) p. 231-235 [consult. 7 de Junho de 1014]. Disponível em: <http://www.srpc.ca/cjrm/vol-14/issue-2/pg47.pdf>

SMITH, PM; SELICK, SM; BRINK, P; EDWARDSON, AD – Brief smoking cessation interventions by family physicians in northwestern Ontario rural hospitals. Can J Rural Med [em linha]. Vol. 14, nº 2 (2009) p. 47-53 [consult. 8 de Junho de 2014]. Disponível em:

STEAD, M; ANGUS, K; HOLME, I; COHEN, D; TAIT, G; PESCE EUROPEAN RESEARCH TEAM – Factors influencing European GPs' engagement in smoking cessation: a multi-country literature review. British Journal of General Practice [em linha]. vol. 59 (2009), p. 682-690. [consult. a 4 de Junho de 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2734357/>

SUTHERLAND, G – Smoking: can we really make a difference? Heart. [em linha] vol. 89. Sup. ii25-ii27 (2003) [consult. 7 de Junho de 2014]. Disponível em: [www.heartjnl.com](http://www.heartjnl.com)

ULBRICHT, S; BAUMEISTER SE; MEYER, C; SCHMIDT, CO; SCHUMANN, A; RUMPF, HJ; JOHN, U – Does the smoking status of general practitioners affect the efficacy of smoking cessation counselling? Patient Education and Counseling. [em linha] vol. 74 (2009) p. 23-28. [consult. 6 de Junho de 2014]. Disponível em: [www.elsevier.com/locate/pateducou](http://www.elsevier.com/locate/pateducou)

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES – The health consequences of smoking: 50 years of progress: a report of the Surgeon General. [Em linha]. Rockville, MD: Public Health Service. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Centers for Disease Control and Prevention. US Department of Health and Human Services, 2014. [Consult. 22 de Maio de 2014]. Disponível em: <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf>

VOGT, F; HALL, S; MARTEAU, TM – General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: a systematic review. Addiction [em linha]. vol. 100 (2005) p. 1423-1431.[consult. 5 de Junho de 2014]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2005.01221.x/abstract;jsessionid=D06D761867C92772DF17843B73B20E58.f03t02>

WARD, MM; VAYGHN, TE; UDEN-HOLMAN, T; DOEBBELING, BN; CLARKE, WR; WOOLSON, RF – Physician knowledge, attitudes and practices regarding a widely implemented guideline. Journal of Evaluation in Clinical Practice. [em linha] vol. 8, nº 2



(2002) p. 155-162. [consult. 5 de Junho de 2014]. Disponível em: <http://faculty.ksu.edu.sa/hisham/Documents/Homeopathy%20Project/aaa/j.1365-2753.2002.00337.x.pdf>

WHO – The Ottawa Charter for Health Promotion. [em linha]. Ottawa: World Health Organization, 1986. [consult. 22 de Maio de 2014]. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>

WHO – WHO Framework Convention on Tobacco Control. [Em linha]. Geneva: WHO Framework Convention on Tobacco Control. World Health Organization, 2003. [Consult. 22 de Maio de 2014]. Disponível em [www.who.int/fctc/en/index.html](http://www.who.int/fctc/en/index.html).

WHO – WHO Framework Convention on Tobacco Control. Guidelines for implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation) [em linha]. Geneva: World Health Organization, 2010. [Consult. 22 de Maio de 2014]. Disponível em: [http://www.who.int/fctc/protocol/guidelines/adopted/article\\_14/en/index.html](http://www.who.int/fctc/protocol/guidelines/adopted/article_14/en/index.html)

WHO – WHO Global Report: mortality attributable to tobacco. [em linha]. Geneva: World Health Organization, 2012. [consult. a 22 de Maio de 2014]. ISBN: 978 924 156443 4. Disponível em: [http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep\\_mortality\\_attributable/en/](http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/)

ZWAR, N – Smoking Cessation: What works? – Australian Family Physician [em linha] vol.37, nº1/2 (2008) [Consult. a 4 de Junho de 2014]. Disponível em: <http://europepmc.org/abstract/med/18239745>

## 7. ANEXOS

## Questionário de *tabagismo* - Preencha ou assinale as suas respostas com um X

1. Sexo ☐ M ☐ F

2. Idade \_\_\_\_ anos

3. Idade com que iniciou os estudos universitários \_\_\_\_ anos

### 4.1 PROFISSÃO

☐ Assistente social

☐ Outra \_\_\_\_\_ especifique

☐ Enfermeiro

☐ Psicólogo

☐ Fisioterapeuta

☐ Técnico de diag e terapêutica

☐ Médico

☐ Terapeuta Ocupacional

☐ Nutricionista

### 4.2 ESPECIALIDADE,

ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

5. NÚMERO DE ANOS DE ACTIVIDADE PROFISSIONAL \_\_\_\_ ANOS

**6. Qual das seguintes afirmações se aplica ao seu caso?**

- ☐ Nunca fumei regularmente
- ☐ Fumei, mas já deixei de fumar
- ☐ Fumo regularmente, mas não fumo todos os dias
- ☐ Fumo todos os dias

**7.1 Se deixou de fumar, qual das seguintes afirmações se aplica ao seu caso?**

- ☐ Fumei, mas deixei de fumar há **menos** de **um ano**
- ☐ Fumei, mas deixei de fumar há **mais** de **um ano**

**8. Fumou algum cigarro/ cigarrilha/ charuto no último mês?** ☐ Sim ☐ Não

**18.1. Na instituição ou na ARS onde trabalha, há um programa para ajudar / incentivar os profissionais de saúde a deixar de fumar, que possa ter acesso?**

☐ sim ☐ não ☐ não sei

**18.2. Na instituição ou na ARS onde trabalha, há um programa de formação específica em tabagismo, que possa ter acesso?**

☐ sim ☐ não ☐ não sei

19. Considera que **necessita** de **formação específica sobre tabagismo**? ☐ sim ☐ não

Se actualmente **fuma**, responda às perguntas seguintes:

12. Em média, quantos cigarros fuma por dia?\_\_\_\_\_ Cigarrilhas?\_\_\_ Charutos?  
\_\_\_\_\_

13. Quanto tempo decorre entre acordar e fumar o primeiro cigarro?

☐ < 5 minutos ☐ 6-30 minutos ☐ 31-60 minutos ☐ > 60 minutos

14. Já tentou deixar de fumar?

☐ Sim ☐ Não

15. Qual das seguintes afirmações se aplica ao seu caso?

☐ Fumo, mas gostaria de deixar de fumar

☐ Fumo, mas gostaria de reduzir o consumo de tabaco

☐ Fumo, mas não quero deixar de fumar nem reduzir o consumo de tabaco

16. Caso pretenda deixar de fumar considera que irá precisar de ajuda profissional?

☐ sim ☐ não

**23. Como profissional de saúde, considera que é importante o seu papel de modelo ou exemplo de não fumador?**

- ☐ não, discordo em absoluto      ☐ sim, concordo
- ☐ não, discordo      ☐ sim, concordo fortemente

**24. Na sua actividade clínica específica, acha que ser pró-activo (tomar a iniciativa) a aconselhar os fumadores a deixar de fumar faz parte integrante do seu trabalho?**

- ☐ não      ☐ sim, de certa maneira      ☐ sim, claro
- ☐ não, mas é da responsabilidade de outros profissionais de saúde

**25. Na sua actividade clínica específica, acha que é da sua responsabilidade directa motivar os fumadores para deixar de fumar?**

- ☐ não      ☐ sim, de certa maneira      ☐ sim, claro
- ☐ não, mas é da responsabilidade de outros profissionais de saúde

**26. Participa ou já participou em actividades de prevenção e controlo de tabagismo?**

- ☐ nunca participei      ☐ sim, esporadicamente      ☐ sim, regularmente

**27. Participa ou já participou em consultas ou programas de cessação tabágica?**

- ☐ nunca participei      ☐ sim, esporadicamente      ☐ sim, regularmente

**29. No que se refere à formação específica sobre tabagismo assinale o apropriado:**

	<i>não recebi</i>	<i>menos de 5h</i>	<i>entre 5 e 8h</i>	<i>entre 8 e 12h</i>	<i>mais de 12h</i>
<b>Pré-graduada</b>					
<b>Pós-graduada</b>					

**30. Aplique a escala de 0 a 10, que se apresenta em seguida, às componentes desta questão, avaliando, no âmbito da sua actividade clínica, a sua confiança actual para:**

**30.1 Abordar e aconselhar um fumador a deixar de fumar**

**Não confiante**

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

**Completamente confiante**

**30.2 Abordar e ensinar os malefícios do tabagismo**

**Não confiante**

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

**Completamente confiante**

**30.3 Abordar e ensinar os benefícios de deixar de fumar**

**Não confiante**

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

**Completamente confiante**

**30.4 Motivar um fumador que não quer deixar de fumar**

**Não confiante** 0 1 2 3 4 5 6 **Completamente confiante**  
7 8 9 10

**30.5 Referenciar um fumador a consulta ou programa de cessação tabágica**

**Não confiante** 0 1 2 3 4 5 6 **Completamente confiante**  
7 8 9 10

**30.6 Apoiar, tratar e acompanhar um fumador que quer deixar de fumar**

**Não confiante** 0 1 2 3 4 5 6 **Completamente confiante**  
7 8 9 10

**30.7 Prescrever fármacos para a cessação tabágica, como adesivos e pastilhas de nicotina**

**Não confiante** 0 1 2 3 4 5 6 **Completamente confiante**  
7 8 9 10



31. Na sua prática diária, **aborda em qualquer situação clínica**, os doentes, sobre os **seus hábitos tabágicos**, ou seja **pergunta a todos os doentes** se fumam?

- ☐ nunca      ☐ às vezes      ☐ regularmente      ☐ sempre  
☐ só se a doença puder estar relacionada com o tabagismo

32. Na sua prática clínica diária, **aconselha** os fumadores a **deixar de fumar**

- ☐ nunca      ☐ às vezes      ☐ regularmente      ☐ sempre  
☐ só se a doença puder estar relacionada com o tabagismo

Na sua prática clínica diária, **referencia fumador consulta de cessação tabágica**

- ☐ nunca      ☐ às vezes      ☐ regularmente      ☐ sempre  
☐ só se a doença puder estar relacionada com o tabagismo

33. Na sua **prática clínica diária**, **com que frequência e em que local** registra por escrito os hábitos tabágicos dos seus doentes? Assinale no espaço apropriado.

Registo hábitos tabágicos	<i>nunca</i>	<i>às vezes</i>	<i>regularmente</i>	<i>sempre</i>		<i>não se aplica</i>
No <b>processo electrónico</b> Ou <b>processo consulta</b>						
No <b>diário clínico</b> do doente						

Regista o <b>Tabagismo</b> como <b>diagnóstico</b> nos registos clínicos						
--	--	--	--	--	--	--

**34. Na sua prática clínica diária, com que frequência e em que local regista por escrito os aconselhamentos** prestados aos seus doentes? Assinale no espaço apropriado.

<b>Regista o aconselhamento</b> para deixar de fumar:	<i>nunca</i>	<i>às vezes</i>	<i>regularmente</i>	<i>sempre</i>		<i>não se aplica</i>
nos <b>relatórios informação médica</b>						
no <b>processo electrónico</b> ou <b>processo consulta</b>						
no <b>diário do doente</b>						

**35. Assinale as razões** que possam ser **para si importantes barreiras à abordagem sistemática** do tabagismo pelos profissionais de saúde **na prática clínica diária**

	Nada importante	Alguma importância	Moderada importância	Elevada importância
<b>Falta de tempo</b>				
<b>Formação insuficiente</b> em tabagismo ou em cessação tabágica				

<b>Falta de confiança na eficácia da intervenção</b>				
<b>Doente não motivado</b>				

Muito obrigada pela sua colaboração!

OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Área	Nome	Tipo de variável	Pergunta questionário	Categorias da variável
<b>Caracterização demográfica</b>	Sexo	Nominal	P.1	Masculino Feminino
	Idade	Quantitativa contínua	P. 2	Número (anos)
	Grupo etário	Ordinal	A partir P.2	≤ 45 anos > 45 anos
<b>Prática profissional</b>	Especialidade	Nominal	P.4.2	MGF Neurologia Medicina interna Medicina Física e Reabilitação Cardiologia Psiquiatria Cirurgia Geral Neurocirurgia Outras
	Tipo de especialidade	Nominal	A partir de 4.2	MGF Esp. Hospitalares
	Anos de prática	Quantitativa contínua	P.5	Número (anos)
<b>Consumo de tabaco auto-reportado</b>	Consumo de tabaco	Nominal	P.6	Fumadores diários, Fumadores ocasionais, Nunca fumadores, Ex-fumadores
	Tentativas para parar	Nominal	P.14	Sim Não Não respondeu
	Pretensão de mudança de comportamento	Nominal	P.15	Não Sim Reduzir
	Necessidade de ajuda profissional	Nominal	P.16	Sim Não Não respondeu
	Existência de programa para ajuda	Nominal	P. 18.1	Sim Não Não sei/Não respondeu

	Importância do papel de modelo		Nominal	P.23	Sim Não
<b>Formação</b>	Formação pré-graduada		Ordinal	P. 29	Não < 5 horas 5 – 8 horas 8 – 12 horas > 12 horas
	Formação graduada		Nominal Binária	A partir de p.29	Sim Não
	Formação pós-graduada		Ordinal	P. 29	Não < 5 horas 5 – 8 horas 8 – 12 horas > 12 horas
	Formação graduada	pós-	Nominal Binária	A partir de p.29	Sim Não
	Existência de programa de formação na instituição de trabalho	de	Nominal	P.18.1	Sim Não Não sei
<b>Atuação em atividades de prevenção do controlo do tabagismo</b>	Participação em consultas ou programas de cessação tabágica	em ou de	Nominal	P.27	Nunca Esporadicamente Regularmente
<b>Intervenção breve – prática clínica</b>	Abordar		Nominal	P.31	Nunca Às vezes Regularmente Sempre Se doença relacionada
	Abordar regularmente		Nominal Binária	A partir de p.31	Sim Não
	Abordar sistematicamente e		Nominal Binária	A partir de p.31	Sim Não
	Aconselhar		Nominal	P. 32	Nunca Às vezes Regularmente Sempre

				Se doença relacionada
	Aconselhar regularmente	Nominal Binária	A partir de p.32	Sim Não
	Aconselhar sistematicamente	Nominal Binária	A partir de p.32	Sim Não
	Motivar	Nominal	P.31	Nunca Às vezes Regularmente Sempre Se doença relacionada
	Motivar regularmente	Nominal Binária	A partir de p.31	Sim Não
	Motivar sistematicamente	Nominal Binária	A partir de p.31	Sim Não
	Referenciar	Nominal	P.31	Nunca Às vezes Regularmente Sempre Se doença relacionada
	Referenciar regularmente	Nominal Binária	A partir de p.31	Sim Não
	Referenciar sistematicamente	Nominal Binária	A partir de p.31	Sim Não
<b>Barreiras (importância)</b>	Falta de tempo	Ordinal	P.35	Nada Alguma Moderada Elevada
	Formação insuficiente	Ordinal	P.35	Nada Alguma Moderada Elevada
	Falta de confiança na eficácia da intervenção	Ordinal	P.35	Nada Alguma Moderada Elevada

Doente motivado	não	Ordinal	P.35	Nada Alguma Moderada Elevada
--------------------	-----	---------	------	---------------------------------------